ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

CON LA COOPERAZIONE DEI SIGNORI

Dott. **G. Bargioni**, *Firenze*
Dott. **L. Bergesio**, lib. d., *Torino*
Prof. **G. Berruti**, *Torino*
Dott. **A. Bertazzoli**, l. d., *Milano*
Prof. **L. M. Bossi**, *Novara*
Dott. **E. Bruers**, *Bologna*
Dott. **F. Candia**, *Napoli*
Dott. **F. Caruso**, lib. doc., *Napoli*
Dott. **I. Clivio**, lib. doc., *Pavia*
Dott. **G. Cosentino**, libero doc., *Palermo*
Dott. **G. E. Curatulo**, l. d., *Roma*
Prof. **C. De Argenta**, *Salamanca*
Dott. **C. Decio**, *Milano*
Prof. **E. F. Fabbri**, *Modena*
Prof. **E. Falaschi**, *Siena*
Dott. **M. Fermi**, *Parma*
Dott. **G. Gelli**, *Firenze*
Dott. **G. Giglio**, *Palermo*
Dott. **G. Kirch**, *Firenze*
Dott. **V. Lauro**, lib. doc., *Napoli*
Dott. **F. La Torre**, lib. d., *Roma*
Prof. **C. Liebman**, *Trieste*
Dott. **A. Manzoni**, *Milano*
Dott. **O. Marchioneschi**, libero doc., *Pisa*
Dott. **C. Marocco**, lib. d., *Roma*
Dott. **A. Martinetti**, *Firenze*
Prof. **C. Massarenti**, *Bologna*
Dott. **F. Meola**, lib. doc., *Napoli*
Prof. **C. Minati**, *Pisa*
Prof. **O. Morisani**, *Napoli*
Prof. **P. Negri**, *Venezia*
Prof. **M. Pantaleo**, *Palermo*
Dott. **F. Parona**, *Novara*
Prof. **E. Pasquali**, *Roma*
Dott. **M. Pazzi**, *Bologna*
Prof. **E. Pestalozza**, *Firenze*
Dott. **G. Piazza**, *Milano*
Dott. **E. Pinzani**, lib. d., *Bologna*
Dott. **R. Polacco**, *Milano*
Dott. **N. Postiglione**, *Napoli*
Prof. **R. Pugliatti**, *Messina*
Dott. **G. Raineri**, lib. d., *Vercelli*
Dott. **G. Roncaglia**, lib. doc., *Modena*
Dott. **G. Resinelli**, lib. d., *Pavia*
Dott. **U. Rusconi**, *Milano*
Dott. **P. Sacchi**, *Cremona*
Dott. **G. Scarlini**, lib. doc., *Siena*
Dott. **E. Secchi**, *Milano*
Dott. **P. G. Spinelli**, *Napoli*
Prof. **D. Tibone**, *Torino*
Prof. **E. Truzzi**, *Parma*
Dott. **M. Vercelli**, *Saluggia*
Dott. **F. Villa**, *Milano*
Prof. **E. Welponer**, *Trieste*.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
18 JAN 96
LIBRARY

ANNO XVII - 1895

MILANO
TIPOGRAFIA EDITRICE L. F. COGLIATI
VIA PANTANO, N. 26.

41

Anno XVII. Gennaio 1895. Num. 1.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
26 FEB 95
LIBRARY

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
Direttore Prof. Santi Sirena.

Sulla patogenesi delle placente anomale

(MARGINATE, VELAMENTOSE, IRREGOLARI)

PEL
Dott. GIUSEPPE GIGLIO

Le placente marginate, le placente velamentose e quelle altre di forma irregolare (triangolari, reniformi, a lingua, ecc.) sono delle placente patologiche, che non debbono destare la sola curiosità scientifica, ma perchè ammalate, debbono essere studiate minuziosamente nella loro struttura e nei rapporti genetici coll'utero e coll'uovo.

La somiglianza delle alterazioni microscopiche, che esse presentano, la vicendevolezza dei caratteri macroscopici, fanno intendere che la patogenesi è unica per le anomalie suddette, e che lo studio accurato analitico e sintetico delle stesse, risalendo fino alle origini, potrà avere applicazioni pratiche.

***

Io ho raccolto tra 100 parti, 15 di queste placente ammalate ora più ora meno marginate, per cui stimo che rara non è l'anomalia in discorso, ma o sola o combinata ad altri vizi di forma, ricercata, facilmente si trova. Astrazion fatta delle placente previe, che possono combinare insieme il vizio d'inserzione col vizio di forma, se gli ostetrici avessero

sempre accordato parte della loro attenzione all'esame delle placente, la letteratura sarebbe a quest'ora molto ricca. Non nego però che il diffondersi dei mali celtici abbia potuto contribuire alla maggiore frequenza di queste placente ammalate.

I tipi classici, come quello descritto dal Fabbri, sono veramente rari, perchè gravi devono essere le alterazioni per restringersi notevolmente e totalmente l'area choriale.

Pochi fin'ora hanno studiato attentamente la placenta marginata, alla quale alterazione si aggruppano le altre; tutti hanno variamente interpretato l'anomalia. Queste interpretazioni avremo occasione più tardi di discutere.

Per ora mi è caro dire che il Fabbri di Modena fu il primo a darne notizia in Settembre 1867. In una nota di viaggio, egli scriveva (1) d'aver visto nella Maternità di Praga una placenta di forma nuova (marginata), e dopo nel 1874 (2) descriveva un caso tipico di placenta (marginata) dando una spiegazione ingegnosissima, ed anatomicamente basata.

Il Ruge nel 1877 (3) dava in una sua memoria la figura schematica d'un caso simile.

Il Kölliker (4) nel 1879 descrisse quattro placente, le quali, presentando al di fuori dell'inserzione del chorion un tratto di tessuto placentare rivestito di decidua, chiamò marginate o nappiformi. Il battesimo quindi spetta al Kölliker, mentre la conoscenza prima al Fabbri, che della stessa anomalia aveva in antecedenza parlato. Spaet e Wedl ne descrissero 21 casi (5). Küstner nel 1884 dalle sue ricerche poteva stabilire la proporzione del 10 0[0 (6), e l'Auvard del 15 0[0.

Il Veit (7) in Gennaio 1885 pubblicò un caso tipico. Il Krukenberg

---

(1) V. memoria del RONCAGLIA. « Della placenta marginata. » Firenze, 1889. R. Istituto Ostetrico-Ginec. diretto dal prof. Fabbri.

(2) « Rendiconto della Maternità di Bologna nel biennio 1869-70 » pubblicato nel 1874.

(3) RUGE-CARL. « Ueber den Foetus sanguinolentus. » *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie*, Stuttgart, 1877.

(4) KÖLLIKEK ABB. « Entwikelungs geschichte. » Leipzig, 1879.

(5) SPAET et WEDL. Riscontra KUESTNER.

(6) KÜSTNER. « Ueber di Anatomie und Bedeutung der placenta marginata. » *Centralblatt f. Gynaekologie*, 1884, n. 42.

(7) VEIT. « Endometritis decidua. » *Volkmanns Sammlung. Klinischer Vortraege*, 23 Gennaio 1885, n. 254, S. 12.

di Bonn (1) presentò dopo due casi di placenta marginata in parto gemellare. L'Auvard ne pubblicò un caso (2). Il Taruffi parla anche d'un altro caso, che è riportato dal Roncaglia (3). Il Roncaglia (4) ne ha raccolto 9 casi.

Io ne aggiungo 15, facendo notare che *la placenta marginata* di Kölliker, *o nappiforme,* la placenta colla *collerette placentaire* di Auvard, la placenta *velamentosa* o meglio colla inserzione velamentosa del cordone, la *placenta a forma triangolare, a rene, a lingua ecc.,* sono varietà di placente alterate, che rappresentano una sola entità patologica. Sicchè se per brevità, parlando d'una placenta incompletamente sviluppata, disadatta alle regolari funzioni fetali, con i caratteri che descriverò, diciamo placenta marginata, intendiamo comprendere tutte le varietà suddette.

Le placente in discorso di grandezza varia, quasi sempre più piccole, ma molto più grosse di quanto dovrebbero essere all'epoca in cui furono raccolte, sono ora circolari, ora di forma irregolare, con area choriale più o meno ridotta, limitata ordinariamente da un cercine fibroso, più o meno rilevato e d'aspetto bianco grigiastro o grigio giallastro e circondata da un anello placentare, porzione estrachoriale, la cui faccia fetale è della stessa apparenza della faccia uterina. Nel centro dell'area choriale, od eccentricamente a questa ed all'area fetale si attacca il funicolo ombellicale.

I vasi che da questo partono ora dispersi ora ammassati, per distribuirsi alla superficie fetale della placenta, non raggiungono mai i confini naturali della placenta, ma si arrestano entro l'area choriale ed ove più, ove meno lontani dal limite choriale si approfondano bruscamente nel tessuto, costituendo tutti insieme un'area vascolare apparentemente più piccola dell'area choriale; dissecando però ciascun gruppo vasale, si può profondamente seguire i vasi al margine. Il chorion là dove comincia ad essere libero, cioè in quella porzione, che si trova a contatto col margine della placenta, al quale quasi sempre o spesso sta attaccato

---

(1) KRUKENBERG. « Ueber die Entstehung. der placenta marginata. » *Archiv für Ginaekologie*, 1886, Band XXVII, H. 3.

(2) AUVARD. « Travaux d'Obstétrique. » T. 2, travaux inédits, Paris 1889.

(3) RONCAGLIA. Loco citato. Memoria originale 1889 ed *Annali di Ost. e Ginecol.*, Milano, 1890.

(4) Loco citato.

per essudati flogistici, è più spesso e meno splendente, tale da formare una specie di nastro circolarmente all'area choriale.

Senza difficoltà colle dita si distacca dalla faccia fetale del margine. Il margine in questa faccia fetale ha l'aspetto stesso della faccia uterina è però liscio e levigato, senza solchi o con leggeri solchi per una rivestitura deciduale e per essudazioni sparse alla superficie.

Nell'angolo che resta tra margine e chorion si trovano spesso focolai emorragici e coaguli di sangue e di fibrina. Qui il chorion forma una piega, a cui si è voluto attribuire, insieme al cercine choriale, uno speciale carattere.

Questi sono i caratteri fondamentali delle placente marginate, che io ho raccolto, ma delle varianti s'incontrano di frequente, senza che per questo non sia riconoscibile il tipo, e queste variazioni si trovano nelle placente irregolari e velamentose.

Il funicolo, che fu trovato centrale all'area choriale dal Fabbri, spessissimo da me eccentrico, nella sua eccentricità può trovarsi inserito al chorion laeve (placenta velamentosa). Il cercine, che limita l'area choriale ora è intero, ora discontinuo o parziale, ed appena accennato, poco o niente rilevato, e queste interruzioni sono quasi sempre seguite dal margine od anello placentare. L'area choriale è talvolta circolare, spesso ovalare od irregolare. L'area vascolare è ridotta, più o meno, fin quasi alla metà dell'area choriale.

Il cordone velamentoso, la presenza del margine e la irregolarità della forma della placenta si trovano spesso combinati insieme.

Osservazione I.

Tramont., Ipara di costituzione robusta, casalinga, di condizione civile. Gravidanza bigemina a termine, disturbata nei primi mesi da vomiti pertinaci e da perdite sanguinolente ricorrenti, non periodiche dai genitali. Esistono i precedenti, riferibili ad infezioni celtiche, giacchè il marito ha riportato 8 anni fa ulcere multiple, e la moglie, in gravidanza ebbe eruzione diffusa pel corpo, alla quale non fu data importanza.

Parto a termine bigemino dopo travaglio lungo e laborioso, forcipe pel 1.° feto, estrazione manuale pel 2.°, morto da poco il 2.°, il quale è meno sviluppato del 1.° Acque amniotiche abbondantissime, colate in due tempi.

Secondamento artificiale. Due placente con due sacchi ovulari. Isolate le placente, saldati i due sacchi per una parete e girati sopra sè stessi, da formare una spira al punto d'unione. Delle due placente, entrambe marginate, la più grande e la più irregolare stava impiantata nella parete laterale destra dell'utero, la più piccola, più regolare, a conca, era attaccata al fondo dell'utero.

1.ª placenta, di forma allungata, quasi rettangolare, pesa gr. 360, misura nel diametro più lungo cent. 20 e nel diametro più corto centimetri 13 e cent. 9.

I diametri dell'area choriale variano da cent. 15 × 12 a cent. 15 × 8. La larghezza del margine varia da cent. 2 a 4 e lo spessore sul centro e sulle parti periferiche cambia da cent. 3 1|2 ad 1. Il cordone ombellicale è sottile, non supera la grossezza del dito mignolo d'un adulto, misura in lunghezza cent. 60 e s'impianta eccentricamente all'area choriale, in vicinanza del margine. Dal suo impianto partono fasci di vasi turgidi voluminosi, i quali s'intrecciano, si anastomizzano e si distribuiscono su tutta l'area choriale, senza mai raggiungere il limite, anzi giunti presso il cercine choriale si sprofondano bruscamente nel tessuto placentare. L'area choriale è limitata da un cercine leggermente rilevato sulla faccia fetale, grigio splendente, il quale è marcatissimo in corrispondenza dei lati più corti della placenta, e poco marcato e talvolta mancante in corrispondenza dei lati più lunghi, cioè sui lati corti del rettangolo.

L'aspetto della placenta nella sua faccia uterina non appare normale, vi si possono contare 7 grossi cotiledoni, anastomizzati, ma separati da solchi profondi, che si spingono qualche volta fino al piano choriale, tappezzati sempre da uno straterello di tessuto grigio-rossastro dello spessore di pochi millimetri, che si lascia rimuovere difficilmente. Sulla superficie dei cotiledoni si vedono dei tratti ove il tessuto assume aspetto giallastro ed è più resistente. Il margine si presenta più o meno spesso ed ora finisce a picco sul piano choriale, ora discende gradatamente a piano inclinato (7 cent. di circonferenza). Sulla faccia fetale del margine si attaccano densi strati di fibrina, e sangue, ed uno strato di tessuto organizzato (deciduale) che si continua sulla faccia uterina del chorion laeve. Larghe falde di decidua rivestono la faccia uterina del chorion laeve.

Il chorion nella porzione che risponde al margine è più spesso e più opacato del frondoso e del laeve. Staccando delicatamente il chorion dal margine, al quale aderisce debolmente per mezzo di essudati, appaiono i rapporti diretti, che esso ha col tessuto sottostante, appaiono cioè rari e sottili villi che si portano da una superficie all'altra. Questi, stirando il chorion si rompono facilmente, finchè si giunge al limite dell'area choriale, o dell'area vascolare, dove il chorion è legato intimamente al tessuto villoso per staccarlo dal quale bisogna violentemente rompere

i villi o lacerare il chorion. In qualche tratto però anche il chorion frondoso mostra deboli attacchi.

2.ª placenta, quasi rotonda, tendente alla forma quadrilatera, leggermente a conca, pesa gr. 320. Misura l'area totale cent. 16 × 15, l'area choriale cent. 12 × 10. La larghezza del margine varia da 3 a 5 cent. Lo spessore della placenta si alterna tra 4 e 2 cent.

Il funicolo ombellicale è molto più grosso dell'altro, sta inserito sul limite dell'area choriale. Da questo partono vasi sottili, meno turgidi e meno tortuosi che nell'altra, con maggiori anastomosi, i quali si arrestano bruscamente entro l'area choriale.

Il funicolo è lungo cent. 29. Il cercine, che separa l'area choriale dalla extrachoriale è visibile o rilevato per un tratto, rispondente a metà di cerchio (cent. 19 circa) ed è costeggiato da un grosso vaso, sempre dalla parte intramarginale. Strisciando le dita sulla faccia fetale si ha il senso d'una superficie bitorzoluta, come d'un fegato cirrotico.

Sulla faccia uterina i cotiledoni ed i solchi sono disposti in modo da dare un aspetto più regolare alla superficie, i solchi sono quasi colmati da un tessuto grigio-rossastro. Il margine è liscio ed ha i caratteri notati nell'altra placenta. I due sacchi ovulari appartenenti a feti di peso differente, hanno capacità l'uno metà dell'altro. La spira che presentano al punto di fusione sarà avvenuta quando i due feti si collocarono in controsenso. L'idramnios si poteva stabilire con certezza.

Osservazione II.

Todaro Giuseppa, di anni 40, da Palermo, moglie di operaio, di salute apparentemente buona, VIIpara, parti 5 a termine, spontanei, uno abortivo a 3 mesi, l'ultimo bigemino. Un feto nato vivo spontaneamente in presentazione podalica, discretamente sviluppato; il secondo, dietro versione ed estrazione, per presentazione del tronco, morto in travaglio, poco sviluppato, deficiente di nutrizione. Secondamento spontaneo. Due placente isolate con due sacchi ovulari liberi. Mancano a quanto si è potuto sapere i precedenti celtici e tubercolari nei coniugi e nei parenti, tacciono altre affezioni.

1.ª placenta, di forma allungata, quasi rettangolare. Misura l'area totale cent. 18 × 10 in un senso e cent. 18 × 10 × 9 nell'altro. L'area choriale presenta i diametri di 15 × 8. Larghezza del margine cent. 2 a 3, spessore del margine cent. 2 a 2 1[2 e spessore placentare cent. 4 a 2 1[2.

Il margine ora è spesso, arrotondato (per cent. 18 in circonferenza), sollevato dal piano choriale, ora tagliente, finisce gradatamente a piano inclinato, aderendo in questo tratto validamente al piano choriale. Il funicolo ombellicale, della grossezza d'un mignolo di adulto, si inserisce a

3 cent. dal margine. I vasi, che da esso partono, si distribuiscono sulla superficie fetale, entro l'area choriale, arrestandosi poco distante del limite choriale.

Il cercine, limitante l'area choriale, resta mancante in una parte, ma rilevato molto dove esiste. Tutto intorno al cercine, il chorion che risponde al margine è opacato e forma una specie di nastro, circondante l'area choriale. L'amnios si scolla facilmente dal chorion frondoso. Il chorion al limite choriale si piega a ginocchio e sopra quest'angolo, risultante dalla piega, l'amnios passa senza introflettersi. Il chorion aderisce al margine per mezzo di essudati, in mezzo ai quali si scovrono sottili e rari villi, che si distaccano facilmente.

La faccia uterina della placenta riesce composta di due pezzi disuguali, separati da un profondo solco. Dei due pezzi uno ha forma quadrata, l'altra di ferro di cavallo, insieme assumono la forma d'un rene. In fondo al solco vi hanno 3 piccoli cotiledoni, mentre gli altri sono molto grossi. La loro superficie è rivestita dal solito straterello di tessuto grigio rossastro (decidua) e la faccia uterina del chorion láeve è quasi tutta rivestita da spessa decidua.

2.ª placenta, ha forma più regolare. Misura l'area totale cent. 16 × 13, l'area choriale cent. 12 × 10, la larghezza del margine è cent. 3 × 4. La grossezza della placenta è da cent. 5 a 4. Il funicolo ombellicale si inserisce eccentricamente all'area totale e a quella choriale, a 4 cent. circa del limite esterno, è della grossezza d'un mignolo. I vasi restano, come al solito, entro l'area choriale. Il cercine limitante l'area choriale è interrotto là dove manca il margine. Nulla di speciale nel resto.

Osservazione III.

N. N. d'anni 28, moglie di operaio, domiciliata via Malaspina. Levatrice assistente Orlando. Ipara, gravidanza a termine, bigemina. Travaglio relativamente inerte, procidenza del cordone dopo rottura spontanea della borsa delle acque abbondanti. Presentazione podalica (pelvi) pel primo feto, estrazione manuale, presentazione vertice pel secondo feto, forcipe all'ingresso. Uno dei feti morì per la compressione del cordone, e perchè offriva minore resistenza dell' altro, che nacque vivo. Esso aveva sviluppo di feto a 7 mesi. Secondamento artificiale. Unica placenta voluminosa, irregolare nella forma, con sacco ovulare bilogiata, marginata in parte. Si può dividere in due porzioni disuguali per un sepimento molto spesso, formato dalle due pareti del sacco, saldate insieme. *Una porzione* di placenta forma un triangolo, l'altezza del quale misura cent. 13 e la base cent. 16, il funicolo sta impiantato in vicinanza dell'apice, e raggiunge la grossezza del dito indice d'un adulto,

è molto nodoso; partono dall'impianto parecchi tronchi vasali, che non raggiungono il margine. Questa porzione di placenta è parzialmente marginata e questo margine sporge da 1 a 3 cent., il cercine limitante l'area coriale è visibile in corrispondenza del margine. L'altra porzione ha la forma di lingua, molto allungata, quasi rettangolare. Misura nella maggiore lunghezza cent. 23 ed in larghezza, procedendo dalla più lata verso la parte più stretta si misurano i diametri di cent. 8, 5, 3. Il cordone ombellicale, grosso e nodoso come il primo, si impianta presso il sepimento, che separa le due porzioni placentari. Dall'impianto di esso partono due fasci di vasi, uno di 4 tronchi, si distribuisce verso la parte più stretta. Dal 1.° e dal 2.° si staccano rami secondari per distribuirsi su tutta la superficie, soffermandosi sempre entro l'area choriale. Nella faccia fetale il cercine limitante l'area choriale è visibile per buon tratto, ed il margine è più sporgente verso la parte più stretta della placenta, per 3[4 circa della circonferenza esso sporge da 2 a 3 cent. Lo spessore della placenta varia da 2 a 3 cent.

Guardata la placenta dalla faccia uterina non presenta interruzione. I numerosi cotiledoni grossi e piccoli sono distacccati tra di loro da solchi profondi, rivestiti dalla solita patina rossastra. A breve distanza dal margine, sul chorion laeve, sorgono dei piccoli cotiledoni succenturiati, ove non giungono vasi; larghe falde di decidua rivestono la faccia uterina del chorion laeve.

Il sacco ovulare guardato dall'esterno appare unico; allargando i due fori di rottura si scovre un sepimento spesso, che forma due logge di grandezza differente ed ampie entrambe, rispondenti alla grande quantità di liquido, colata in due tempi. L'idramnios si poteva stabilire anche prima del parto dal volume del ventre e dal ballottamento delle parti fetali.

Osservazione IV (Fig. *E*).

Cianciolo Gaetana, d'anni 24, da Palermo, moglie di stagnino. IIpara, di buona salute. 1.° parto a termine strumentale per inerzia uterina, feto vivo, secondam. spontaneo; 2.° parto spontaneo, a termine, secondamento artificiale. I primi 3 mesi della seconda gestazione furono disturbati da perdite sanguinolenti periodiche, gli altri passarono senza disturbi. Il secondamento dovetti io praticarlo artificialmente per aderenze, che aveva contratto il lembo superiore della placenta. Il feto nacque in buono stato.

Placenta relativamente piccola, quasi rotonda a conca. Diametri dell'area totale cent. 17 × 16, dell'area choriale cent. 12 × 12. Margine sporgente ove 3, ove 4 e 5 cent., spessore della placenta varia da 4 a 5 cent. L'inserzione del funicolo ombellicale, eccentrica rispetto all'area totale, sta a 4 cent. del margine; la grossezza di esso non oltrepassa quella

d'un mignolo, la lunghezza è di 45 cent. I vasi che partono in fasci separati, si distribuiscono sulla faccia fetale entro l'area choriale (v. Tav. I). Il cercine limitante l'area choriale, d'apparenza grigiastra, spesso, rilevato, si mostra in tutta la circonferenza. L'amnios si distacca senza difficoltà dal chorion. Il chorion frondoso è solidamente legato al tessuto villoso, non così la porzione di chorion, che risponde al margine, il quale è debolmente aderente alla faccia fetale del margine per mezzo di essudati, dalla quale si può distaccare facilmente senza produrre lacerazioni.

Il margine si solleva dal piano choriale rigidamente per 4[5 della circonferenza, e la sua larghezza varia dai 4 ai 5 cent. Sulla faccia uterina si notano solchi profondi tra i diversi cotiledoni, dei quali taluni si approfondano fino al piano choriale, altri sono meno accentuati. Tutti sono rivestiti da uno straterello di tessuto grigio giallastro che spalma anche la superficie dei cotiledoni. Il foro d'uscita del feto è un poco laterallizzata.

Osservazione V.

Nap., condizione civile, di anni 28, casalinga. Levatrice assistente Orlando. IIpara, 1.ª gravidanza interrotta da aborto a 2 mesi, in seguito a spavento, pel suicidio del padre; 2.ª gravidanza, a termine, si svolse senza gravi disturbi. Parto e secondamento fisiologici, feto vivo discretamente sviluppato.

Mancano i precedenti celtici, esiste la tubercolosi nella famiglia del marito. La paziente è di costituzione debole. Placenta parzialmente marginata. Diametri dell'area totale cent. 19 × 17; dell'area choriale non si possono prendere, perchè manca il cercine limitante, là dove manca il margine; però approssimativamente sarebbero di cent. 13 × 15. Larghezza del margine 3 a 4 cent. Spessore della placenta 4 a 5 centimetri. Peso grammi 450.

Non si può vedere la piega choriale. Il bordo placentare, dove manca il margine, finisce a piano inclinato. I cotiledoni sono quasi fusi tra di loro, i solchi spesso poco accennati. Qualche chiazza giallastra si scorge sulla faccia uterina, e sulla faccia fetale non esiste che leggera eccentricità dell'impianto del cordone. I vasi non raggiungono il margine della placenta.

Osservazione VI.

Placenta inviatami dalla levatrice Pizzimenti. Appartiene a donna VIpara, casalinga, moglie di operaio. Possibile infezione sifilitica, contratta da recente data, sospettata dalla levatrice per aver notato una

ulcerazione alla bocca. Parto anticipato (8 mesi e giorni), spontaneo, feto vivo senza manifestazioni sospette. Liquido amniotico, misurato, sorpassa i sei litri, oltre quello disperso. Due parti precedenti furono espletati colla versione ed estrazione per presentazione del tronco, la penultima gravidanza diè luogo ad una mole carnosa.

Placenta discretamente sviluppata, parzialmente marginata con eccentricità del funicolo ombellicale. Area totale misura cent. 19 × 17, larghezza del margine cent. 2 a 3 a 4. Spessore della placenta cent. 5 a 6. I vasi, che partono dall'impianto del cordone, formano due fasci, che si portano in direzioni opposte.

Un fascio coi suoi rami si distribuisce nell'area intramarginata, formando un'area vascolare dei diametri cent. 15 × 14 × 13; l'altro si spinge fuori dei limiti della placenta, sul chorion laeve, per andare ad irrorare un grosso cotiledone succenturiato, che misura cent. 7 × 8. A diverse distanze da questo si contano altri 3 piccoli cotiledoni, della grossezza d'un fagiolo, dove non giungono vasi. Il cercine limitante l'area choriale non oltrepassa la metà dell'intera circonferenza, ed è poco rilevato. Il nastro circondante il cercine, formato dal chorion aderente al margine, è visibile su quel tratto marginato, ed in questo punto scostando il chorion si nota la piega choriale. L'amnios si scolla facilmente dal chorion laeve.

Vista la placenta dalla faccia uterina mostra un numero esagerato di cotiledoni, più dell'ordinario certo, quasi saldati tra di loro, i solchi intercotelidonari sono poco manifesti. La superficie è rivestita dal solito straterello di tessuto grigio rossastro, che si riflette poi sulla faccia uterina del chorion laeve.

Osservazione VII (Fig. *C*).

Aborto inviatomi dalla levatrice Marchesi con placenta marginata. Appartiene a donna multipara, casalinga, di salute apparentemente buona. Gravidanze e parti precedenti fisiologici. Tacciono le malattie celtiche e tubercolari. Nessuna sofferenza agli organi genitali. Senza alcuna causa cognita s'interrompe l'ultima gravidanza al 4.° mese di gestazione. Dopo lieve emorragia viene fuori un'embrione della lunghezza di cent. 19. La placenta staccatasi poco dopo fu raccolta dalla levatrice. Quasi rotonda, della forma d'una rotella molto spessa (2 a 3 cent.) misura in tutta l'area della faccia fetale cent. 8 × 8 1/2. Il cercine limitante l'area choriale è appena accennato, e l'area choriale è di cent. 7 × 7.

Il margine sporge poco più, poco meno di 1 cent. Il funicolo ombellicale sottilissimo è rivolto su sè stesso a spirale ed impiantato fuori l'area placentare, sul chorion laeve. I vasi che partono dallo impianto

del cordone si diramano a ventaglio sulla faccia fetale della placenta, e si arrestano entro l'area choriale (v. Fig. 3, Tav. II), sprofondandosi bruscamente.

Osservazione VIII (Fig. *B*).

Aborto inviatomi dalla levatrice Orlando con placenta marginata. Appartiene a donna multipara, casalinga, di costituzione discreta, apparentemente sana. Gravidanze e parti precedenti fisiologici. L'ultima gravidanza s'interruppe spontaneamente e senza gravi perdite al 5.° mese e 1|2 di gestazione. Mancano i precedenti riguardo a malattie celtiche e tubercolari.

L'embrione misura cent. 25. La placenta pesa gr. 200; guardata dalla faccia fetale assume quasi forma triangolare, e sospesa al funicolo rappresenta quasi una saccoccia, guardata dalla faccia uterina rassomiglia un rene addirittura. È molto spessa. Il funicolo della grossezza d'una penna d'oca si attacca sul chorion laeve (inserzione velamentosa) fuori l'area placentare, e manda dei vasi isolati dentro l'area choriale, due di essi costeggiano il cercine limitante e vanno ad incontrarsi in basso, nella base, altri discendono flessuosamente nel mezzo dell'area choriale. Il cercine non è completo, in taluni tratti è appena accennato, manca addirittura in corrispondenza dell'impianto del cordone.

Il nastro circondante il cercine non si mostra all'evidenza, il collaretto o margine molto spesso e sollevato alquanto dal piano choriale misura in larghezza cent. 2 circa.

L'area totale misura cent. 16 × 10, l'area choriale cent. 9 × 14. Il diametro più breve corrisponde al lato dove sorge il cordone.

I diametri presi dalla faccia uterina misurano cent. 15 × 10 × 11. Il bordo placentare si solleva quasi dappertutto a picco, tranne per 1|4 di circonferenza dove è pianeggiante.

I cotiledoni grossi e piccoli sono distaccati da solchi profondi. La solita patina grigiastra riveste la superficie placentare ed i solchi e si riflette sulla faccia uterina del chorion laeve. La grossezza della placenta e da 4 a 2 cent. La piega choriale è accennata.

L'embrione presenta caratteri speciali sulla superficie cutanea. È cianotico nella faccia. Contiene liquido sieroso-limpido nella cavità addominale, toracica, pericardica.

I visceri del torace e dell'addome non mostrano nulla di speciale macroscopicamente. Al di sotto del cuoio capelluto s'incontrano emorragie diffuse; chiazze emorragiche e punti emorragici si vedono nelle meningi. Nulla nella sostanza bianca e grigia del cervello. Un pò di liquido cedrino nei ventricoli laterali.

Osservazione IX (Fig. *D*).

Placenta raccolta dal parto d' una eclampsica. Multipara, ben costituita, gravidanza VIImestre, eclampsia in travaglio, intervento col forcipe pel dott. Vitanza, madre e feto vivo.

Rispetto all'epoca di gravidanza la placenta è pochissimo sviluppata, assimetrica, marginata parzialmente, ha forma d'un ventaglio chinese, il cui manico è rapresentato dal funicolo, che sta impiantato sull'orlo, nella porzione più stretta. Il funicolo è poco più grosso del mignolo d' un adulto; parte da esso un gruppo di vasi, che scendono ammassati fino ad un certo punto dell'area choriale e poi si approfondano nel tessuto placentare, restando sempre vicini tra loro e costituendo un'area vascolare piccolissima, metà quasi dell' area choriale. Sulla faccia fetale si vede molto rilevato il cercine limitante l'area choriale, e che segna anche il confine esterno della placenta, giacchè il margine è assai circoscritto (cent. 6 circa). La larghezza del margine è cent. 2 1|2. I diametri dell'area totale sono cent. 12 × 10 × 3. Presi i diametri dalla faccia uterina risultano un pochino più lunghi, perchè l'orlo da questa parte è rilevato. Lo spessore della placenta varia da 4 a 5 centimetri.

L'aspetto della faccia uterina è quasi uniforme, grigiastro. I cotiledoni sono appena accennati, perchè fusi, ed i solchi appena visibili. La piega del chorion è bene manifesta là dove esiste il margine.

Osservazione X.

Placenta raccolta dalla levatrice Orlando. Appartiene a donna casalinga, multipara, di regolare costituzione, da me operata di raschiamento e curata con iniezioni endouterine iodiche ed ittioliche per endometrite con disturbi nervosi isteriformi. Ha veduto interrompersi spontaneamente 4 gravidanze, sempre prima dell'epoca di maturità fetale; una sola gravidanza giunse a termine. I feti sono nati sempre morti e macerati. La interruzione della gravidanza invece di guadagnare nel tempo ha perduto sempre, perchè dall' epoca a termine si ridusse all' epoca abortiva di 3 mancanze mestruali. L'ultima gravidanza però raggiunse quasi gli otto mesi, sebbene da più di 20 giorni avvertiva disturbi nei movimenti fetali e disturbi generali. Oltre alle cure locali la donna fu sottoposta a cure generali, iodurate, mercuriali, ricostituenti, che valsero a condurre le gestazioni fino all'ottavo mese senza sofferenze, quando si sgravò spontaneamente d' un feto macerato, poco sviluppato rispetto all' epoca di gestazione e di una placenta piccola, irregolare, marginata.

Placenta di forma triangolare ad angoli smussi. Misura cent. 14 in altezza, cent. 13 alla base, cent. 3 il diametro presso l'apice.

Sulla faccia fetale il funicolo ombellicale si attacca verso l'apice a pochi millimetri dal bordo. È rossastro per imbibizione di sangue; ha la grossezza di 1 cent. in diametro; dal suo impianto partono due fasci di vasi, che scendono contornando i bordi della placenta, a 2[3 di altezza della superficie, s'incurvano verso l'interno e si dirigono gli uni contro gli altri, anastomizzandosi. Partono dai tronchi principali rami secondari, ma nessuno di loro raggiunge il bordo placentare, sicchè verso la base la placenta non è apparentemente irrorata. Dall'impianto del cordone parte poi un ramo isolato, sottile senza ramificazione, che discendendo rigidamente in basso e centralmente va ad incontrare gli altri. Sulla superficie fetale si osservano delle nodosità, come piselli e dei tratti induriti di placenta, di colorito bianco-giallastro, che incisi lasciano vedere al di sotto del chorion frondoso una cavità, approfondita nello spessore del tessuto villoso, contenente liquido siero sanguinolento. Due di essi, molto grandi, sono ripieni di liquido, per cui il chorion frondoso, che forma una delle pareti è sollevato ed assottigliato pel distendimento. La superficie interna della cavità è scabra (cisti ematiche).

Un'area choriale non si può precisare, perchè il cercine limitante giallastro è visibile soltanto ai lati del triangolo, manca alla base, il margine è poco sporgente rispetto al cercine, però staccando col dito il chorion appare il margine, che si estende fino al limite dell'area vascolare, la quale misura cent. 7 × 10; si vede che il chorion aderisce alla faccia fetale del margine mediante essudati, sicchè il collaretto, che appariva d'un cent. circa, partendo dal cercine, si ridusse a parecchi centimetri (4 a 6), raggiungendo l'area vascolare, specialmento verso la base, ed in tutto questo distacco non si incontrò che qualche sottile e raro villo.

Sulla faccia uterina la placenta ha aspetto perlaceo, giallastro, non presenta divisione cotelidonare, perchè i solchi sono colmati di tessuto grigiastro. Lo spessore della placenta varia da cent. 2 a 3. Pesa gr. 150 circa. Il chorion laeve è molto ispessito. L'amnios si distacca facilmente.

Osservazione XI.

Biondo Marietta, di anni 23, da Nicosia, IIpara. Gravidanze entrambe a termine, parti spontanei, laboriosi, feti discretamente sviluppati in apparenza sani. La madre sebbene nel generale sana, è da anni affetta da endometrite del corpo e del collo con iperprofia della porzione vaginale ed ectropion. È stata alle cure nel mio ambulatorio. Placenta del 2.° parto di forma circolare, molto voluminosa e molto spessa, pesa gr. 700 circa. Acque amniotiche abbondanti.

Il chorion laeve e l'amnios sono molto ispessiti ed hanno perduto la loro lucentezza. Sulla faccia uterina del chorion vi aderisce la de-

cidua in tutta l'estensione e della faccia fetale l'amnios si distacca senza stento.

Il funicolo ombellicale della grossezza dell'indice d'un adulto è molto nodoso e varicoso, è inserito quasi centrale all'area totale.

Guardata la placenta dalla faccia fetale presenta la superficie del chorion frondoso d'aspetto grigio, chiazzettato bluastro. Strisciando il dito sulla superficie si sentono delle nodosità come piselli duri, dai quali partono dei raggi grigiastri, che distribuendosi nella superficie fetale, danno alla stessa un aspetto arborescente, specialmente per 8 cent. intorno all'impianto del funicolo, dove il chorion frondoso è molto spesso, come si vede, incidendolo. I vasi che partono, in numero di 3 tronchi principali, dalla inserzione del cordone, si distendono a ventaglio sulla faccia fetale, e ramificandosi si portano verso la parte periferica, senza mai raggiungerla, perchè a 5 o 6 cent. dal bordo placentare si approfondano bruscamente, formando un'area vascolare di cent. 14 × 15, quando l'area totale misura cent. 20 × 21. Esiste interrottamente un cercine giallastro, limitante l'area choriale, la quale non permetterebbe al margine che la grandezza di 1 a 3 cent. circa, ma scollando col dito il chorion dalla faccia fetale della placenta, ci riduciamo senza guasti fin presso l'area vascolare, la quale è molto più piccola della choriale; però al di là del cercine s'incontrano dei villi sottilissimi, che mantengono ancora il rapporto tra chorion frondoso e sostanza villosa. La faccia uterina della placenta simula l'effigie d'un cervello, tanto sono grossi i cotiledoni e marcati i solchi. La superficie è rosso nerastra e la consistenza carnosa.

Il bordo placentare si solleva dal piano ed è sparso di essudati fibrinosi e di grumi sanguigni. Lo spessore della placenta varia dai 3 ai 5 centimetri.

Osservazione XII.

Placenta raccolta dalla levatrice Fazana. Appartiene ad una donna di costituzione regolare, di salute apparentemente buona, di condizione povera, Ipara, gravidanza a termine, parto spontaneo, feto vivo, poco sviluppato, piuttosto denutrito.

Non si sa nulla riguardo a sifilide ed a tubercolosi. Placenta di forma quasi circolare, o leggermente ovalare. L'area totale misura centimetri 19 × 17 e pesa gr. 425. Lo spessore di essa varia da 1 a 3 cent. Si delimita un'area vascolare di cent. 12 × 12, la quale può rappresentare l'area choriale, sebbene manca il cercine limitante, difatti il chorion frondoso ha lì i suoi confini, cioè a 2 cent. di distanza dal bordo libero della placenta, questa misura è la larghezza del margine. La faccia fetale della placenta è liscia, uniforme, di colorito grigiastro scuro. Il

funicolo ombellicale è attaccato a 2 cent. dal bordo placentare, e il diametro della sua sezione trasversa è di 5 millimetri, molto varicoso ed anemico.

Dal suo impianto partono due soli tronchi vasali, che costeggiano i bordi placentari a 2 cent. di distanza, per andarsi a riunire al punto opposto.

Su questa faccia vi ha una chiazza biancastra, che incisa lascia vedere una cavità cistica di 2 cent. circa di diametro, contenente liquido siero-sanguinolento. Sulla faccia uterina, liscia, bianco-grigiastra, sparsa di chiazze bianco giallastre, sono scomparsi addirittura gli spazii intercotelidonari, perchè i cotiledoni, ridotti a piccole rilevatezze, sono ammassati tra di loro e perchè essudati grigiastri spalmano tutta la superficie. La consistenza del tessuto è piuttosto dura.

Osservazione XIII.

Ball., di anni 26, di costituzione debolissima, ma di salute buona, è stata sempre dismenorroica, perdita scarsa e dolorosa nei primi giorni della mestruazione, dopo fluente discretamente. Ipara, gravidanza fisiologica a termine. Parto laborioso per ritardo nella dilatazione del collo e rotazione posteriore dell'occipite. Qualche macchia di sangue nel periodo dilatante.

Non progredita la dilatazione si applica il forcipe alla parte alta della escavazione, feto vivo, bene sviluppato, secondamento spontaneo difficile e lungo per l'enorme grossezza della placenta. Non si hanno tracce di sifilide o tubercolosi nei coniugi.

Placenta molto spessa, di forma circolare marginata in tutta la circonferenza. Pesa gr. 930; il funicolo ombellicale è leggermente eccentrico all'area totale, centrale all'area choriale; s'inserisce sul chorion frondoso a guisa di zampa d'oca. I vasi, che partono da esso, si distribuiscono regolarmente alla superficie fetale della placenta, ma non raggiungono i bordi; si approfondano bruscamente entro l'area choriale. L'area choriale segna una figura ovale, misura cent. 16 $\times$ 14, è limitata da un cercine poco rilevato, grigiastro. Il chorion frondoso è d'aspetto nettamente grigiastro, il chorion laeve, che risponde al margine, è grigio rossastro.

La larghezza del margine varia da 3 a 5 cent. La faccia fetale di esso è liscia, coperta da essudati e sparsa di parecchi focolai emorragici. Strisciando le dita sulla faccia fetale della placenta si sentono delle nodosità dure. Lo spessore della placenta varia da 4 a 5 a 6 cm. I diametri dell'area totale segnano cent. 21 $\times$ 18. L'area vascolare è presso a poco eguale a quella choriale. La faccia uterina ha l'aspetto d'un cervello, conta parecchi grossi cotiledoni, separati da solchi profondi.

Leggero strato di tessuto grigio pavonazzo ricopre la superficie dei cotiledoni e dei solchi. I bordi della placenta si sollevano a picco parecchi centimetri dal piano choriale e sono alla base circondati da un anello di essudati fibrino-sanguinolenti. La piega del chorion è visibile. Il chorion laeve è molto spesso, ed è tappezzato sulla faccia uterina da una falda deciduale, la faccia fetale di esso è tappezzata invece di chiazze biancastre e rossastre, che guardate in trasparenza si vede che appartengono agli strati profondi del chorion e sono dovute a grasso e ad emorragie. Il liquido amniotico non fu abbondante.

Osservazione XIV.

Panzica Benedetta, di anni 36, moglie di orefice, di salute apparentemente buona, di costituzione robusta, assistita al parto dalla levatrice Orlando. Multipara, ha condotto a termine 9 parti, con 8 feti vivi, bene sviluppati ed 1 morto in corso di gravidanza, la quale a differenza delle altre si prolungò fino al 10.° mese.

Cinque gravidanze interpolate a quelle a termine furono abortive. La 15.ª gravidanza, cioè l'ultima, raggiunse il termine ed il parto fu spontaneo, il feto del peso di chilogr. 5, venne fuori vivo, le acque dell'amnios furono abbondantissime. In questa gravidanza, come in parecchie altre, la paziente presentò edemazie nella faccia e negli arti inferiori a preferenza, che si dileguarono con rapidità dopo il parto. La placenta rispetto al feto è pochissimo sviluppata.

Placenta di forma ovale, poco spessa, 3 cm. al massimo. L'area totale misura cm. 18 × 16. L'area choriale cm. 14 1[2 × 14. Il margine è largo 1 a 3 cm. per 3[4 di circonferenza. Il cercine limitante l'area choriale, visibile per l'intero circuito, è ora più ora meno rilevato; là dove manca il margine, il cercine confina col bordo libero della placenta. La superficie fetale del margine ha l'aspetto stesso della faccia uterina ed è ricoperta di essudati. In un tratto vi ha un grosso focolaio emorragico. La superficie fetale della placenta è grigiastra, vi si sentono sotto le dita dei bitorzoletti duri. Il funicolo ombellicale sta impiantato a 4 cent. dal margine, leggermente eccentrico nell'area choriale. I vasi sono sparsi, diramati, turgidi. La faccia uterina è d'aspetto grigio-rossastro con qualche chiazza giallastra; non ha divisione cotelidonare, è tutta uniforme e sparsa di una patina grigiastra.

Osservazione XV (Fig. *A*).

Rag., di anni 35 circa, assistita al parto dalla levatrice Di Bella. Coniugata due volte, tre gravidanze nel 1.° letto, normali, a termine;

parti spontanei, feti vivi, bene sviluppati. Morto il marito di tubercolosi polmonare.

Dal 2.° letto un aborto a 3 mesi e due parti prematuri a 7 mesi, feti nati macerati. Al 6.° mese di gestazione la donna si è accorta che la vitalità fetale è venuta mancando, a 7 mesi si è sgravata d'un feto morto macerato, acque amniotiche colate abbondantemente. Il secondo marito sta bene in salute, nega di avere avuto sifilide, da certi dati si ricava che più giovane abbia sofferto qualche infezione celtica, ulceri molli, secondo egli dice. La paziente però dopo l'aborto, che fu pochi mesi dopo il matrimonio, ebbe pustole alle palme delle mani ed alla pianta dei piedi. L'epidermide, che veniva sollevato da bolle contenente pus, in seguito desquamava.

La placenta dell'ultimo parto, è marginata, con inserzione eccentrica del cordone.

Dall'impianto del cordone partono 3 tronchi principali, che discendono e si distribuiscono a ventaglio fino alla base della placenta, la quale prende quasi forma triangolare. I vasi formano un'area vascolare di cent. 10 × 11, mentre l'area totale è di cent. 13 × 14 e l'area choriale quasi quella vascolare. La larghezza del margine è di 2 a 3 cm. ed il chorion si lascia scollare senza lacerazioni fin presso il limite dell'area vascolare; s'incontra in questo tratto qualche villo sottile, che mantiene ancora rapporti di unione tra chorion e faccia fetale della placenta. Il cercine grigiastro è leggermente accennato in qualche tratto.

Dentro l'area choriale vi ha una cisti ripiena di liquido, che in trasparenza appare siero sanguinolenta. Ha parete sottilissima, trasparente, resta al disotto dell'amnios, è formata a spese del chorion frondoso, difatti si può staccare l'amnios, senza guastarla. Il diametro più lungo della cisti è di cm. 6, il trasverso cm. 3.

Tra il chorion e l'amnios vi ha una leggera essudazione, e l'amnios in corrispondenza della cisti è come usurato, assottigliato molto, mentre in altri punti è ispessito e rivestito profondamente di grasso.

Il chorion frondoso in parecchi punti è giallastro, e in corrispondenza di queste chiazze giallastre, esso è scollato dal tessuto villoso, sottostante. Incidendo il tessuto, che appare sotto, ha lo stesso aspetto della faccia fetale del margine, ed in questi spazi vi ha liquido sierosanguinolento. La faccia uterina della placenta è liscia, con tre soli leggieri solchi intercotelidonari; è di aspetto grigio-rossastro con chiazze giallastre. Il funicolo ombellicale è inserito a 3 cm. dal margine, e grosso ha un diametro di 1 cm.

Il chorion tenue è ispessito e la faccia uterina è ricoperta d'uno strato deciduale, e sparsa di chiazze emorragiche e di finissima vascolarizzazione, raggiata, che forse risiedono nello spessore del chorion, ove si notano anche chiazze grassose.

Misurazione delle placente.

	Provenienza	Epoca del parto	Diametri dell'area totale in cm.	Diametri dell'area choriale in cm.	Diametri dell'area vascolare in cm.	Larghezza del margine	Spessore della placenta	Osservazioni
1	Tramont.	9.° mese, bigem.° con idramnios.	20 × 13 × 9	15 × 12 × 8	10 × 10	2 a 4	1 a 3 ½	Peso delle plac. gr. 360 e 320.
»	Idem	Idem	16 × 15	12 × 10	7 × 9 ½	3 a 5	2 a 4	
2	Todaro	5.° mese, big.° . .	18 × 10 × 9	15 × 8	—	2 a 3	4 a 2 ½	Uno dei feti è meno sviluppato.
»	Idem	Idem	16 × 13	12 × 10	—	3 a 4	5 a 4	
3	N. N. di Malaspina	9.° mese, big.° con idramnios.	13 × 16	12 × 13	—	1 a 3	3	Due feti di sviluppo differente.
»	Idem	Idem	23 × 8 × 3	12 × 7	—	2 a 3	3 a 2	
4	Cianciolo (fig. *E*) .	9.° mese, p.° sempl.	17 × 16	12 × 12	—	3 a 4 a 5	4 a 5	Anamnesi oscura.
5	Nap.	9.° mese, p. s. . .	17 × 19	13 × 15	—	3 a 4	4 a 5	Peso gr. 450.
6	Inviatami	8 ½ mese, p. s. . con idramnios.	19 × 17	quasi quella vascol.	15 × 14 × 13	2 a 3 a 4	5 a 6	—
7	Inviatami (fig. *C*) .	4.° mese, p. s. . .	8 × 8 ½	7 × 7	5 × 7	1 a 1 ½	2 a 3	Anamnesi oscura.
8	Inviatami (fig. *B*) .	5 ½ mese, p. s. .	16 × 10 × 11	9 × 14	—	1 a 2	4 a 4	Anamnesi oscura, plac. pesa gr. 200.
9	Inviatami (fig. *D*) .	7.° mese, p. s. . .	14 × 10 × 3 ½	12 × 10 × 3	7 × 9	2 a 1 ½	4 a 5	Eclampsia.
10	N. N. via Villa Flor.	8.° mese, p. s. . .	14 × 13 × 3	—	9 × 8	2 a 4 a 6	2 a 3	Peso gr. 150. Porta cisti ematiche.
11	Biondo	9.° mese, p. s. . . acque abbondanti.	20 × 21	quasi quella vascol.	14 × 15	1 a 3	3 a 5	Peso gr. 700.
12	Inviatami	9.° mese, p. s. . .	19 × 17	quasi quella vascol.	12 × 12	2 circa	1 a 3	Peso gr. 425.
13	Ball.	9.° mese, p. s. . .	21 × 18	16 × 14	9 × 9	2 a 5	4, 5 a 6	Peso gr. 930.
14	Panzica	9.° mese. p. s. . . con idramnios.	18 × 16	14 ½ × 14	—	1 a 3	3	Aborti ripetuti.
15	Rag. (fig. *A*) . . .	7.° mese, p. s. . . con acque abbondanti.	13 × 14	10 × 11	10 × 9	2 a 3	2 a 3	Placenta con cisti ematiche. Aborti e parti prematuri, feti morti. Tubercolosi. Sifilide?

Esame istologico delle placente.

I liquidi di fissazione e d'indurimento scelti all'uopo sono stati il liquido di Müller e l'alcool. L'inclusione è stata fatta in celloidina. I tagli al microtomo di Jung, comprendendo sempre l'intero spessore della placenta. Le colorazioni dei tessuti furono fatte a preferenza col carmino e colla ematossilina, usufruendo ora le colorazioni semplici, ora le doppie. Le forme cariocinetiche furono studiate colla colorazione alla saffranina, e riuscirono evidenti, malgrado non fossero stati impiegati liquidi di fissazione speciale.

Osservazione I.

Tramont., placenta marginata in parto bigemino. Neoformazione connettivale del chorion frondoso ed infiltrazione di cellule embrionali. Sclerosi del connettivo choriale. Sclerosi vasale. Degenerazione fibrosa della porzione materna. Stasi e focolai emorragici nei villi. Distruzione e riassorbimento del parenchima villoso. Cariocinesi dell'organo glandolare e dell'epitelio dei villi secondari.

Tagli fatti dentro l'area choriale. — Partendo dalla faccia fetale del taglio verso la faccia uterina si osserva: il chorion ricco di cellule connettivali giovani, le quali si fanno assai numerose verso la lamina basale, dove si scorgono le fibre connettivali un poco dilargate tra di loro per accogliere numerose cellule linfoidi, che infiltratesi le hanno dissociate. In taluni punti del preparato il connettivo giovane si avvia alle ulteriori modificazioni. In altri posti invece ed in altri tagli dello stesso pezzo si incontra il tessuto definitivo, il connettivo già invecchiato, d'aspetto bianco splendente, con scarsi nuclei, raggrinzato talvolta. L'epitelio del chorion non offre più nulla da osservare.

La faccia esterna od uterina del chorion è tappezzata da un tessuto grossolanamente fibroso, intensamente ed uniformemente colorato, che distribuisce delle propaggini attorno i villi, che dalla faccia uterina del chorion nascono.

Queste propaggini formano una specie di guaina, molto spessa, quasi uniformemente colorata, che di tratto in tratto scorge la sua origine, perchè mostra degli elementi cellulari rotondi o poligonali a grosso

nucleo, più o meno alterati, che bene si rassomigliano ad elementi de ciduali. In qualche preparato, la guaina del villo è più ricca di cellule, nelle quali è facile sorprendere i nuclei in movimento cariocinetico. La guaina rappresenta la porzione glandulare del villo o porzione materna, che ha subìto la trasformazione fibrosa. La porzione di villo, contenuta in questa guaina (endochorion o porzione fetale od assorbente), veduta in sezione trasversale o longitudinale, è ricca di tessuto fibroso, e d'aspetto bianco splendente; non si vede in taluni tratti la membrana di epitelio pavimentoso tra endochorion ed esochorion.

I vasi intravillosi (capillari) si presentano zaffati completamente di sangue ed anche sfiancati (forte stasi). I vasi arteriosi di medio e grosso calibro, che attraversano i grossi tronchi villosi, presentano le pareti spesse, sclerosate, ed impicciolito il lume vasale. L'intima e la tunica muscolare, regolarmente colorate, fanno contrasto con la tunica esterna e col connettivo perivasale, sclerotico, che sono quasi incolori e poveri di nuclei. Ai vasi arteriosi con lume ristretto fanno contrasto i vasi venosi molto dilatati e ripieni di sangue ed i focolai emorragici, visibili ad occhio nudo nel preparato (Tav. I, Fig. 9 e 10). È da notare altresì che il numero dei vasi in taluni villi è aumentato a dismisura.

Scostandoci molto dal piano choriale e portandoci verso la parte libera dei villi, verso la faccia uterina s'incontrano dei grossi tronchi villosi, in sezione longitudinale, in via di distruzione.

Scomponendo le parti si vede uno strato corticale, formato di tessuto fibroso intensamente ed uniformemente colorato, contenente tra le sue fibre, ora più ora meno numerosi, elementi cellulari di varia grandezza e quasi rotondi. Gli elementi cellulari più grossi a differenza degli altri mostrano protoplasma opacato e rigonfio e qualche volta il nucleo in cariocinesi. Procedendo verso la parte centrale del villo (parenchima, tessuto choriale di Robin, tessuto mucoso di Virchow, endochorion), si incontrano alterazioni profonde distruttive. In mezzo ad un tessuto indeterminato, che non si colora più, si vedono elementi cellulari molto rigonfi, pallidi, i quali o hanno perduto il nucleo, o esso è rigonfio e malamente e debolmente colorato. Nel centro poi del villo vi ha detritus finamente granuloso, proveniente da necrosi cellulare ed in mezzo ad esso cellule isolate in isfacelo (Tav. II, Fig. 1, *v d*). Là dove il parenchima è caduto in mortificazione, si vedono talvolta numerosi globuli rossi disseminati, provenienti da emorragie intravillose, che riscontreremo anche meglio in altri preparati.

Da questa descrizione si ricava, che mentre la parte corticale del villo conserva ancora i poteri riproduttivi, la parte centrale è in regresso e va in isfacelo; deve nascere da ciò l'assottigliamento e l'atrofia del villo, il quale si ridurrà ad un filamento sottilissimo, costituito dalla sola parte corticale, insufficiente alla sua ulteriore nutrizione ed alla

funzione placentare. Ed ove il parenchima, invece di cadere in isfacelo, ha subìto la trasformazione fibrosa, come avremo agio di vedere, e questo tessuto si è raggrinzato e retratto dalla guaina fibrosa (organo glandulare degenerato), che più sopra abbiamo ricordato, la funzione del villo deve venire anche meno, tanto più che la prima alterazione risiede nei tronchi villosi grossi e medi, e la seconda nelle ramificazioni secondarie. Questi villi secondari, che restano fluttuanti nelle lacune, e che sono destinati agli scambi, stando in diretto rapporto colle correnti sanguigne, non possono soddisfare interamente, nè in parte il loro ufficio, quando oltre alle note degenerative, presentano, come si vede in molti tagli dello stesso preparato, ammassato l'epitelio, da formare delle *placche* epiteliali *polinucleate* (Tav. II, Fig. 4, *p e*) o quando il sangue nelle lacune è già coagulato, ed i villi restano impigliati in mezzo a questi coaguli e ad essudati fibrinosi, che arrestano le correnti sanguigne.

Tagli fatti sulla porzione marginata (*collaretto*). — Dobbiamo qui considerare una porzione a cui sta attaccato il chorion ed un'altra priva di membrana choriale, che fa col chorion libero un angolo rientrante (Tav. I, Fig. 8). Quella che sta attaccata al chorion abbiamo visto a quali alterazioni è andata soggetta; la porzione libera è quella, che descriveremo appresso più dettagliatamente, parlando della Osserv. VIII (aborto a 5 mesi e 1[2 inviatomi dalla levatrice Orlando).

Dirò qui soltanto, che guardando ad occhio nudo il taglio, presenta esso alla superficie un sottile straterello, che rende levigata la superficie stessa, e portandolo sotto il microscopio a diversi ingrandimenti si vede che questo sustrato è dato da un tessuto, ora fibroso, ora omogeneo, fortemente ed uniformemente colorato, il quale s'infiltra in mezzo a villi e li circonda. In taluni punti le sue fibre disgregate accolgono elementi cellulari rotondi o poligonali a grosso nucleo, disposti a corona attorno al villo, o meglio al parenchima villoso. Talvolta essi sono pallidi o hanno perduto il nucleo, e spesso di loro non resta che la semplice parete o lo spazio vuoto, che prima occupavano. I villi o meglio la parte centrale del villo, che possiede un organo glandulare siffatto, ha subìto o la trasformazione fibrosa o la degenerazione jalina, e si è atrofizzato, quando le evoluzioni sono progredite, e quando l'organo glandulare stesso si è avviato alla degenerazione jalina, che chiara si vede in quei punti ove questo tessuto da fibroso è divenuto omogeneo, opacato, uniformemente e malamente colorato. Nell'angolo che resta tra chorion e margine e negli spazi intervillosi o lacunari vi hanno coaguli sanguigni (Tav. II, Figura 6, *f e*) e reticoli fibrinosi, contenenti cumuli di cellule linfoidi. La faccia esterna del chorion, o faccia uterina, che sta quasi a contatto dei villi, è tappezzata da tessuto fibroso grossolano, simile a quello che circonda i villi, il quale giunto in fondo dell'angolo si riflette sulla faccia fetale del margine (Tav. I, Fig. 8, *a f*).

Osservazione II.

Tod., placenta marginata da parto bigemino a termine. Neoformazione connettivale nel chorion frondoso ed infiltrazione parvicellulare. Epitelio del chorion modificato, nuclei in cariocinesi. Vasi choriali infiammati. Degenerazione fibrosa e jalina dei villi. Infiltrazione calcarea.

Tagli fatti sull'area choriale in tutto lo spessore. — Attira la maggiore attenzione il chorion frondoso, il quale è ispessito per neoformazione connettivale ed infiltrazione parvicellulare.

È verso la faccia esterna o verso lo strato basale del chorion che tra le fibre s'infiltrano molti elementi linfoidi, e che appaiono numerosi i nuclei giovani del connettivo (Tav. II, Fig. 2, *c n*).

L'epitelio offre sensibili modificazioni, perde in taluni punti il carattere pavimentoso e si allunga per diventare cubico e con la cellula si modifica anche il nucleo. In taluni preparati il carattere dell'epitelio è nettamente cilindrico, ed i nuclei cellulari sono tutti in movimento (Tav. II, Fig. 5, *e c*). La cariocinesi che abbiamo visto accennata qualche volta nell'organo materno, e che s'incontra anche nell'epitelio dei villi, è visibile in tutta la sua nettezza nell'epitelio del chorion frondoso, dove si osservano varie forme cariocinetiche più o meno irregolari.

L'epitelio è disposto a diversi strati. Alla superficie libera di questo epitelio vi ha detritus, e grossi elementi cellulari rotondi polinucleati, ancora legati da un istmo allo strato epiteliale del chorion, dal quale provengono (Tav. II, Fig. 5, *c g, c c*). I loro nuclei sono in movimento. Nei tagli fatti in prossimità dell'impianto del funicolo è più facile incontrare l'alterazione descritta. I vasi del chorion sono alterati, mostrano la muscolare molto ingrossata e la tunica esterna molto fibrosa.

Alla faccia esterna del chorion sta addossato un tessuto fibroso, fortemente colorato, che si dispone attorno a villi isolati assottigliati, che hanno subìto già la degenerazione jalina o quella fibrosa. Taluni di essi colorati coll'allume-carminio assumono una tinta giallognola quasi uniforme, e colorati colla ematossilina ed eosina prendono una tinta uniforme grigio sporca; qualche nucleo raggrinzato, allungato, sopravvive in mezzo al parenchima del villo degenerato. Altri hanno un aspetto bianco splendente per un tessuto prevalentemente fibroso, il quale non si colora, in mezzo al quale si vedono colorati vari nuclei allungati e sottili. I rami secondari, che si dipartono dai villi principali, non sono molto guasti, il loro epitelio però spesso si trova ammassato a formare delle grosse placche epiteliali polinucleate come nella Tav. II, Fig. 4, *p e*.

Gli spazi intervillosi, in vicinanza al piano choriale; sono ricolmi di essudati fibrinosi e di globuli sanguigni più o meno alterati, più in là verso la faccia uterina sono invece completamente vuoti.

Verso il centro del preparato, dove si trovano grossi villi, tagliati in vario senso, l'organo glandulare è fibroso o ha subìto già la degenerazione jalina. I vasi in questi villi presentano ingrossamento della tunica muscolare e proliferazione dell' intima fino a restringere il lume vasale come nella Tav. II, Fig. 4, *v i* e qualche volta obliterarlo completamente.

Tagli fatti sul margine. — I tagli sul margine mettono in evidenza prima di tutto uno strato di cellule grandi poligonali e di cellule più piccole quasi rotonde, ad uno o più nuclei. Questo strato si distende alla superficie del margine, cioè sul contorno del taglio. In mezzo agli elementi cellulari vi ha un tessuto fibrillare finissimo, che ora prevale sull'elemento cellulare, ora ne è sopraffatto. Il carattere dell'insieme del tessuto è quello della decidua, la quale tappezza il margine. E non è solo, perchè alla superficie vi hanno essudati fibrinosi, corpuscoli linfoidi, impigliati nelle maglie fibrinose e vasi di neoformazione. Scompare addirittura in taluni tratti l'aspetto deciduale di questo tessuto; sostituendosi quello nettamente fibroso e solo comparendo qua e là qualche gruppo degli elementi sopradescritti, si ha la ragione di credere che è lo stesso tessuto deciduale, trasformato. Esso talvolta è così omogeneo ed ugualmente colorato, da non lasciare più vedere la struttura fibrosa, nè la cellulare, avendo subìto la degenerazione jalina (Tav. II, Fig. 6, *d i*).

L'elemento cellulare rotondo o poligonare, visibile in questo strato, non è sempre normale, spesso è ingrossato, per rigonfiamento del protoplasma e del nucleo, pallido, debolmente colorato, altre volte ha perduto il nucleo, e tra elementi alterati nell'uno e nell'altro modo vi hanno spazi rotondi o poligonali completamente trasparenti, lasciati dagli elementi distrutti (Tav. II, Fig. 6, *d c, d c'*).

Passando dopo ad osservare taluni villi impigliati in mezzo a tessuto fibroso (organo glandulare) simile a questo descritto or ora, si vede che sono strozzati dallo stesso, ed il loro parenchima è finamente fibroso e splendente o in degenerazione jalina. La porzione materna, ed anche il parenchima villoso è spesso infiltrato di concrezioni calcaree (Tav. II, Fig. 4, *i c*), là dove specialmente questi tessuti erano in precedenza stati soggetti a degenerazione. I villi della superficie, i più vicini alla faccia fetale del margine, sono ricchi di vasi, quali non sogliono essere allo stato vero fisiologico. Le lacune vascolari, ove pescano i villi secondari, che non offrono gravi modificazioni, sono obliterate di coaguli sanguigni e fibrinosi in vicinanza dell'area choriale, mentre più in là sono vuote o quasi.

Osservazione VII (Fig. *C*).

Placenta abortiva a 4.° mese di gestaz. Infiltrazione parvicellulare nell'endochorion villoso. Iperplasia connettivale dei villi alla fase embrionale. Necrosi dell'epitelio dei villi e fusione a placche polinucleate; meso-endoarterite dei vasi intravillosi.

Tagli fatti entro l'area choriale. — Il chorion frondoso è più spesso dell'ordinario; verso la faccia fetale vi sono fasci di connettivo fusi tra di loro, omogeneamente colorati, che lasciano vedere qualche raro nucleo pallido e malamente colorato (degenerazione jalina del connettivo). Profondamente cioè verso la faccia uterina o verso la lamina basale del chorion si riscontra il carattere giovane del connettivo, abbonda la produzione dell' elemento connettivale giovane. I vasi del chorion hanno pareti molto grosse le quali sono cariche di nuclei. L'epitelio del chorion, in vicinanza alle porzioni del chorion degenerato, è caduto, al suo posto vi sta del detritus; in altri punti, ove il tessuto choriale è meglio conservato, l'epitelio è integro.

Esso ora ha l'aspetto pavimentoso, ora è cubico, in qualche preparato è nettamente cilindrico. L' epitelio cilindrico si rinviene nei tagli prossimi all' impianto del funicolo. Il tessuto villoso, osservato in tagli trasversali, mostra nell'endochorion molto connettivo alla fase embrionale ed infiltrazione linfoide, che si accentua maggiormente in prossimità della porzione glandulare del villo (Tav. II, Fig. 4, *v f*).

I vasi, che percorrono questi villi, presentano ingrossamento delle pareti, dovuto in prevalenza alla tunica media ed intima, che sono ricche di nuclei. I lumi vasali sono ridotti alquanto (Tav. II, Fig. 4, *v i*). L'organo glandolare o porzione materna del villo appare, dovunque esiste, fibroso, ed in taluni tratti in incipiente degenerazione jalina. La membrana epiteliale dei villi secondari è in preda a modificazioni, perchè spesso si sorprendono dei nuclei in movimento, ma per lo più cade in necrobiosi e va a formare quelle placche polinucleate, che si vedono nella Fig. 4, Tav. II.

Osservazione VIII (Fig. *B*).

Placenta abortiva presso il 5.° mese di gestazione, raccolta dalla levatrice Orlando. Degeneraz. jalina del chorion rispondente al margine e metaplasia simile alla cartilaginea. Incipiente necrosi di coagulaz. nelle pareti vasali del chorion. Periarterite e mesoarterite nei vasi intravillosi, degeneraz. cistica del parenchima villoso.

Tagli fatti sul margine per tutto lo spessore. — Cade in questi tagli una porzione di chorion frondoso, ancora attaccato al tessuto placentare

villoso, ed una porzione di chorion libero, rispondente al margine, col margine stesso (come dimostra la Fig. 8, Tav. I). Il preparato mette in evidenza la topografia ed i dettagli della placenta marginata. Abbiamo da una parte una membrana, formata dal chorion e dall'amnios, e dall'altra il margine visto dalla sua faccia fetale.

Il chorion è rivestito di epitelio piatto stratificato, è molto ispessito, e vi lussureggia il connettivo giovane in taluni punti, specialmente là dove resta aderente al tessuto villoso, cioè nella porzione frondosa. Questa porzione verso la faccia uterina, è ricca di cellule connettivali giovani. Dalla porzione libera del chorion, che diciamo chorion laeve, dobbiamo separare quella parte, che risponde al margine e che a noi offre interesse speciale. Entrambe sono alterate.

Il chorion laeve ha uno spessore esagerato, è molto ricco di connettivo giovane, come di connettivo vecchio, fibroso, sclerosato. La durata del processo flogistico ha dato tempo allo svolgimento delle varie fasi, carattere, che si ripete in quasi tutte le placente. L'andamento serpiginoso delle fibre, la difficoltà a colorarsi, l' aspetto splendente, la rarità dei nuclei, dà il carattere dell'invadente sclerosi a questo chorion, come la ricchezza di cellule connettivali più o meno rotonde, ben colorate, e la presenza di elementi connettivali, che si vanno allungando e fornendo all'estremità di prolungamenti, caratterizzano la neoproduzione e la trasformazione connettivale, per cui il chorion è entrato nella fase patologica.

I vasi del chorion sono alterati, le loro pareti sono molto ingrossate a spese specialmente della muscolare e dell' intima. Quelli del chorion, rispondente al margine, hanno una nota caratteristica. Una porzione della parete è enormemente rigonfia (v. Tav. II, Fig. 3).

Gli elementi cellulari sono rigonfiati e pallidi; molti di essi hanno perduto il nucleo, altri non lasciano più vedere nè nucleo, nè protoplasma; le fibre della tunica muscolare sono dissociate, e non visibili in tutta la loro interezza. Si tratta della necrosi di coagulazione Weighert.

La faccia uterina del chorion libero è tappezzata ininterottamente da un largo strato di tessuto fibroso come nella Tavola I, Fig. 8, *a f*, fortemente colorato, in mezzo al quale si vedono dei villi isolati. Questo tessuto fibroso, giunto in fondo all'angolo, che il chorion fa col margine (Tav. I, Fig, 8, *a*), si riflette sulla faccia fetale del margine, infiltrandosi in mezzo ai villi e disponendosi attorno ad essi. Le due superficie, che si guardano e che formano due lati dell'angolo, hanno l'*una* disposizione rientrante, l'*altra* sporgente, come si vede nella Tav. I, Fig. 8, dimodochè volendosi avvicinare, combaciano perfettamente, corrispondendo esattamente l'una all'altra; pare anzi che prima fossero state riunite e quindi si fossero separate. Una prova di più ce la danno i villi superstiti, che si incontrano in mezzo a questo tessuto fibroso, ed in fondo all'angolo, alterati per lo più ed anche atrofici.

Questo tessuto fibroso è tessuto deciduale trasformato e degenerato, perchè lascia vedere qua e là la cellula deciduale, in preda ad alterazioni, e trasformata parrebbe in cellula cartilaginea. Dove ha subìto la trasformazione fibrosa, taluni tratti sono caduti nella degenerazione jalina. Il chorion frondoso, là dove comincia a rallentare i suoi rapporti col tessuto villoso sottostante, offre alla sua volta una trasformazione simile alla metaplasia cartilaginea (v. Fig. 1, *m c*). È in fondo all'angolo che noi vediamo la tendenza del chorion a distaccarsi dal tessuto villoso come nella (Tav. II, Fig. 6, *a c h*). E qui i villi appaiono maggiormente alterati, il parenchima di essi ora è nettamente fibroso, simile a quello descritto sulla faccia uterina del chorion ed in esso si trovano grossi nuclei di calcificazione, ed elementi cellulari, nel cui protoplasma comincia l'infiltrazione di granuli calcarei (Tav. II, Fig. 4, *i c*).

Scostandoci un poco dal piano superficiale del margine, che è tappezzato quasi di decidua fibrosa ed andando negli strati profondi, si vedono i villi ammassati tra di loro, quasi fusi, da non lasciare spazi tra di loro: le lacune sono in molti punti scomparse, e dove esistono sono ingombrate da un reticolo fibrinoso, che impiglia nelle sue finissime maglie corpuscoli linfoidi e globuli rossi, ora bene conservati, ora in disfacimento, oppure da coaguli sanguigni, e sono sostituiti addirittura da veri focolai emorragici. Per questa dimostrazione ho impiegato il processo di colorazione Gram-Weighert.

Prima che passiamo a descrivere altre alterazioni nei villi al di là del margine, è opportuno discutere la *formazione* del margine giacchè il preparato ci offre l'occasione.

Più che i segni di maggiore vitalità nei villi, troviamo quelli di regressione ed appunto nella porzione marginata e nei dintorni tutto è regresso, nessun fatto accenna a progresso, a vita rigogliosa, per cui si possa concedere al margine il concetto d'uno sforzo per far raggiungere alla placenta i limiti fisiologici. Siamo piuttosto dai fatti costretti a ritenerlo conseguenza del distacco del chorion, venuto meno ai suoi rapporti ordinari col tessuto villoso, essendo entrambi ammalati. Questo concetto è reso più evidente là dove si sono formate le cisti ematiche, come vedremo appresso, e nella connessione più lasca, che troviamo in fondo all'angolo descritto tra villi e chorion.

Anche qui è da indagare la sfera d'azione di quel tessuto deciduale, che troviamo tra chorion e margine ed attorno ai villi superficiali del margine. Sarà stato esso la causa della alterazione dei villi e del loro distacco dal chorion, oppure esso è penetrato dopo che il chorion si sia staccato dal tessuto villoso sottostante. Questo è molto difficile a stabilirsi, però siccome in parecchi tagli, fatti nell'area choriale, in corrispondenza delle cisti ematiche e delle chiazze degenerative, il tessuto villoso si è distaccato dal chorion, senza la presenza di questo tessuto,

è da credere che là si sia infiltrato dopo avvenuto il distacco, o che esso appartenga alla decidua riflessa, già alterata per le stesse ragioni, che hanno dato luogo ad una placenta ammalata.

Continuando l'osservazione nelle parti profonde del tessuto dell'area choriale, e portandoci verso la faccia uterina di essa, troviamo villi ricchi di vasi, a pareti molto fibrose e completamente vuoti.

In diversi tagli l'endochorion o parenchima del villo è quasi completamente distrutto, e questa distruzione è più grave nella parte centrale, dove non si vede che detritus insieme a qualche elemento cellulare pallido e rigonfio come nella Tav. II, Fig. 1, *v d.* Il nucleo o non si colora od assimila poco le sostanze coloranti (carminio, ematossilina). S'ingrossa la cellula per rigonfiamento del protoplasma e del nucleo; il nucleo impallidisce e scompare, il protoplasma si disgrega per dar luogo a piccolissimi granuli, che più tardi si sciolgono, restando della cellula uno spazio vuoto, oppure si ammassano nella parte centrale del villo, scomparendo ogni traccia della cellula.

La stessa alterazione fu vista nella Osserv. I. I villi secondari sono ricoperti di epitelio, il quale forma le solite placche polinucleate. Il tessuto mucoso del parenchima ha dato luogo alla formazione di spazi rotondi di diversa grandezza, ora vuoti completamente, ora contenenti dei dischi di grandezza varia, quasi trasparenti, incolori, che stentatamente si vedono, che si possono scambiare con globuli rossi di sangue, divenuti molto pallidi. Questi spazi che raggiungono ed anche sorpassano la grandezza del lume dei vasi capillari, sono contornati da pareti fibrose, nucleate.

Essi sono in principio della stessa dimensione d'un elemento cellulare del parenchima villoso, rotondi ed ovali, e stanno a contatto parecchi di loro per la parete; quindi s'ingrandiscono, conservando sempre la forma più o meno rotonda, per la scomparsa dei tramezzi, ed i nuclei dei tramezzi o delle pareti si vanno a disporre intorno sulla nuova parete (Tav. I, Fig. 13). Questa parete fibrosa con nuclei discretamente grossi, allungati, ben colorati, allontana l'idea che si possa trattare di vasi. Ne devia completamente l'idea la vista di taluni di questi spazi riempiti quasi d'una sostanza omogenea, leggermente colorata, che si rassomiglia a sostanza jalina (Tav. I, Fig. 12, *a, b, c*). Con certezza ci troviamo nel caso di Wedl e Robin « Istologia patologica » Fig. 32, ricordato da Ercolani nella Tav. I, Fig. I, « Patologia della placenta. » Si descrive ivi una porzione di villo, nello interno del quale erano accumulate masse liquide jaline, analoghe a quelle riscontrate e figurate da Ercolani. La sostanza jalina delle villosità, che costituiva masse rotonde era metamorfosata, e racchiudeva molecole grassose e granuli calcarei (v. Ercolani, pag. 32 « Patologia della placenta »). Io credo di trovarmi nel vero supponendo che siano gli spazi sopradescritti venuti dalla

distruzione degli elementi cellulari e che i dischi contenutivi (Tav. I, Fig. 13, *sc*, *sc'*), siano molecole degenerative, perfettamente rotonde come globuli di sangue, ma molto più trasparenti, e perfettamente incolori. In quelli dove la sostanza jalina non ha subìto ulteriori trasformazioni, si osserva ancora l'intera massa uniforme, omogenea. Questo mio concetto si adatterebbe alle altre alterazioni, trovate nello stesso tessuto e descritte.

Senza entrare in molti dettagli potremmo ritenere questo processo una degenerazione cistica, e la forma clavata che assumono questi rami secondari dei villi (Tav. I, Fig. 13) ce la conferma.

Osservazione IV (Fig. *E*).

Cianc..., parto semplice a termine, placenta marginata. Aspetto papillare del chorion. Infiammazione dei vasi del chorion. Trasformazione fibrosa dei villi e degenerazione jalina degli stessi villi secondari, clavati, con degenerazione mixomatosa, cistica. Stasi capillare. Endoarterite obliterante.

Tagli fatti sull'area choriale. — Il chorion frondoso nella sua faccia fetale offre una disposizione papillare (Tav. II, Fig. 2), gli strati più superficiali, rivestiti di epitelio pavimentoso stratificato, si sollevano dagli strati profondi e si ripiegano in modo da formare vere papille. L'epitelio (Tav. II, Fig. 2, *e p*), si appoggia sopra uno strato fibroso ben colorato e ricco di nuclei. A questo strato segue, andando verso la faccia uterina, un tessuto indeterminato incolore degenerato, quasi trasparente come fosse tessuto mucoso, al quale seguono diversi strati di fibre connettivali, con ricchezza di nuclei. Verso la lamina basale del chorion, aumentano smisuratamente le cellule giovani del connettivo e ricca appare l'infiltrazione parvicellulare (Tav. II, Fig. 2, *c n*). La disposizione e struttura di questo chorion preludia la formazione delle cisti ematiche come spiegherò più in là.

Le pareti dei vasi coriali sono infiltrate di corpuscoli linfoidi. Alla faccia uterina del chorion sta attaccato un largo strato di tessuto fibroso, simile in tutto a quello deciduale degenerato, il quale contiene in mezzo alle sue fibre villi assottigliati, fibrosi, privi di vasi. Esso poi si continua sulla faccia uterina del chorion laeve e sulla faccia fetale del margine.

I villi originari, quelli che nascono proprio dalla faccia uterina del chorion, sono molto fibrosi, il loro parenchima è bianco splendente e poverissimo di elementi cellulari, si vedono invece connettivo fibroso e nuclei allungati; qua e là gruppi di elementi embrionali, specialmente verso le parti periferiche in prossimità dell'organo glandulare (Tav. II, Figura 4). Taluni hanno già subìto la degenerazione jalina (Tav. II,

Fig. 4, *via*). L'esochorion è fibroso, e qualche tratto trasformato in sostanza jalina. Le lacune vicine alla faccia esterna del chorion sono riempite di fibrina e sangue coagulato.

Portandoci più verso l'esterno, si trovano molti villi secondari clavati, nei quali il reticolo vascolare capillare risalta, elegantemente preparato, perchè zaffato completamente di sangue. La membrana epiteliale di questi villi ha dato luogo, come abbiamo visto innanzi, alle solite placche polinucleate, questi villi sono ammassati e molti di loro saldati.

La stasi capillare è spiegata dall' endoarterite obliterante, che si riscontra nei vasi dei grossi tronchi villosi.

È importante in questi preparati la degenerazione mixomatosa o cistica avvenuta nel parenchima, piuttosto che nell'epitelio. Questa alterazione fu studiata da Ercolani (v. Ercolani, « Patologia della placenta »).

Si formano nel parenchima degli spazi più o meno rotondi, che fondendosi a due, a quattro e più formano degli spazi più grandi, che ora paiono vuoti, essendo trasparenti, ora contengono dischetti della grandezza di globuli rossi, appena visibili o sostanza finamente granulosa, incolore, come fu visto più innanzi. Studiando attentamente i preparati di questo caso pare che avvenga prima la degenerazione delle cellule mucose del parenchima del villo, quindi, rammollito protoplasma e nucleo, si gonfi l'elemento cellulare e dalla distinzione di essi nasca la formazione cistica. Dopo per nuove modificazioni il contenuto cistico dà luogo a formazione di granuli e di masse jaline o di sostanze fluide.

Dalla rottura dei tramezzi formati dalle pareti cellulari e dalla fusione successiva di parecchie cellule tra di loro si ha la cisti più o meno grande, dentro il parenchima del villo di cui diamo le sezioni (Fig. 13, Tav. I). Perciò stesso il villo assume la forma clavata, riscontrando detta alterazione alla estremità dei villi secondari.

Queste cavità si differenziano dai vasi capillari per la struttura delle pareti e per il contenuto. I globuli rossi fissati nel liquido di Müller e poi assoggettati ai processi di colorazione, si rendono molto evidenti a differenza del contenuto di questi spazii, il quale è formato ordinariamente da globetti o dischi di grandezza variabile e trasparenti ed incolori.

Osservazione IX (Fig. *D*).

Placenta di donna eclampsica in parto prematuro. Degenerazione jalina del chorion frondoso. Focolai emorragici nella decidua. Angioma placentare venoso. Come si forma la piega del chorion.

Tagli fatti sul margine e sull'area choriale. — Osservando un taglio il quale comprende porzione del margine e dell' area choriale si vede;

la superficie della porzione marginata è rivestita da un largo strato di decidua, la quale conserva il suo carattere originario, però qua e là l'elemento cellulare deciduale è alterato. In mezzo a questo tessuto appaiono grandi focolai emorragici, depositi di fibrina (colorazione Gram-Weighert), e copiosa infiltrazione parvicellulare. Il chorion frondoso e laeve ha subìto in parecchi punti la degenerazione jalina, il tessuto proprio è sostenuto da un tessuto omogeneo.

I villi che originano dalla faccia uterina del chorion frondoso, sono ora d'aspetto fibroso, ora completamente jalini.

Inoltrandoci appena verso le parti più esterne d'un taglio, troviamo completamente abolita la struttura del villo, il cui tessuto è completamente sostituito da vasi, zaffati completamente di sangue. Del tessuto del villo nulla più rimane, essendosi sostituiti un numero strabocchevole di vasi, le cui pareti sono circondate da un tessuto fibrillare delicato, che si dispone circolarmente ai vasi stessi. Ogni villo è un piccolo angioma, perchè lascia contare 10 a 12 vasi ed anche più (vedi Fig. 7, Tav. II). L'angioma nella placenta fu descritta da Ercolani. (V. Ercolani, « Patologia della placenta »).

Essendo generale questa disposizione non hanno luogo altre alterazioni. Le lacune dove esistono sono ripiene di sangue, ma per lo più sono scomparse per la saldatura dei villi tra di loro.

Se questa speciale alterazione della placenta possa contribuire a spiegare l'eziologia dell'eclampsia delle gravide, non si può certo asseverare, abbisognando ulteriori osservazioni, ma non è strano pensare che un'alterazione così vasta della placenta possa influire a provare disturbi sull'andamento regolare della gravidanza e quindi del parto. Ed invero in questo caso la gravidanza si interruppe al 7.° mese, venendo in campo gravi accessi eclampsici, che si dileguarono dopo vuotato artificialmente l'utero. Il feto venne fuori vivo e non presentava alterazioni od arresto di sviluppo.

L'altra cosa importante in questi preparati è la piega del chorion (Tav. II, Fig. 6 *pch*). Si vede chiaramente nella figura come il chorion si sia distaccato dal margine, e come dopo questo distacco la membrana sottile rimasta senza appoggio si sia ripiegata su sè stessa ed abbia la piega contratto aderenze. L'andamento delle fibre in *pch* lo mostrano ad evidenza, ciò che risulta anche evidente dalla disposizione del chorion libero.

È da ritenere dalla evidenza dimostrativa della figura, che il margine e la piega del chorion non abbiano valore patologico, ma siano fenomeni consequenziali all'alterazione della placenta.

Osservazione X-XV (Fig. *A*).

Placente da parti prematuri con cisti ematiche sottochoriali.

Microscopicamente osservate queste cisti sono degli spazi ripieni di liquido siero sanguinolento, formatisi per sollevamento del chorion dal tessuto villoso guasto ed atrofico. Il chorion che ricopre questi cavi cistici assume aspetto gialliccio e si fa più o meno coriaceo e spesso.

Sucessivamente aumentandosi la raccolta liquida, esso si distende e diventa sottile e quasi trasparente, fa prominenza sul piano choriale e prende aspetto vero di cisti, mentre istologicamente considerata non è una cisti, ma una raccolta. La superficie interna difatti non è tappezzata da epitelio, è irregolare, frastagliata e vi fanno sporgenza villi più o meno atrofici; la superficie fetale della cisti è ricoperta dall' amnios, che si può distaccare facilmente dal chorion frondoso che forma la parete.

L'osservazione istologica dei tagli fatti in questi focolai non ci rivela nulla di nuovo, giacchè si trovano le ordinarie alterazioni dei villi e del chorion, innanzi descritti, con degenerazioni varie più o meno avanzate, che spiegano benissimo la formazione di queste raccolte apparentemente cistiche.

Questa alterazione, che io rinvenni due volte solamente perchè le raccolte erano voluminose, molto appariscenti e formarono una bozza sul piano choriale, deve essere più frequente, è che forse quando la raccolta è piccola e non capace a sollevare e distendere il chorion frondoso, sfugge all'osservazione. Però esse per lo più si vanno formando là dove si trovano chiazze giallastre o indurimenti sulla faccia fetale della placenta.

* * *

Volendo riassumere le osservazioni istologiche si ottiene un complesso di alterazioni d' ordine infiammatorio. Questo processo è manifesto in tutti i suoi gradi e nei varii tessuti della placenta. I vasi sia choriali che villosi sono infiammati. Le pareti ingrossate per infiltrazione e proliferazione, il lume impicciolito e qualche volta obliterato. Dove l'infiammazione durava da tempo a queste alterazioni vasali si è sostituita o la sclerosi, o la necrosi da coagulazione.

In dipendenza a questi fatti è succeduta la stasi generale nei vasi intravillosi, o la rottura delle pareti, e quindi i focolai emorragici in-

travillosi, e lacunari, e le essudazioni fibrinose, le cisti ematiche. Sempre in dipendenza alla mancata nutrizione dei villi per il disturbato circolo si ha la flogosi del villo e dopo le forme di degenerazione fibrosa, jalina, cistica, la necrosi da coagulazione, l'infiltrazione calcarea.

Queste alterazioni si seguono lungo il processo formativo della placenta, dal 4.° mese, quando la placenta è costituita in tutte le sue parti, fino al 9.° mese. È da vedere se esse sono sorte durante lo sviluppo della placenta o se provengono da epoche anteriori, cioè se esse appartengono esclusivamente alla placenta, per malattia contratta durante il suo sviluppo, o se provengono dall' uovo o dalla decidua materna ammalata.

Questo responso è difficile, perchè abbisognerebbe uno studio minuzioso dei prodotti abortivi dal 4.° mese di gestazione in sotto. Io l' ho già iniziato e sebbene ancora non sia in grado di stabilire questa concatenazione di fatti, pure sono al caso di provare che la decidua ed i villi, dove già sono formati, non sono normali negli aborti delle varie età. In un aborto intorno alla 2.ª mancanza mestruale, nel quale si ebbe l'uscita dell'ovulo intero con l'involucro deciduale, dove erano già stabiliti dei rapporti tra decidua e villi, si notavano fenomeni infiammatori iniziali. I villi caduchi, rispondenti alla decidua riflessa, non si erano ancora atrofizzati.

Entrando un poco nel campo embriologico, troviamo che prima ancora dello sviluppo dei villi lo strato d'albumina dell'uovo, strato esterno, che si mette a contatto della decidua, verso la seconda settimana, si copre di villi. Più tardi si affermano i villi, che stanno in rapporto alla decidua vera e si atrofizzano tutti gli altri rispondenti alla reflessa. In quest'epoca l'allantoide si espande sulla faccia interna del chorion per vascolarizzare i villi, i quali penetrano nella decidua e si rivestono dell'organo glandolare. A quest'epoca noi dobbiamo risalire per discutere l' ipotesi del Fabbri. Ciò non toglie però di rimontare ad epoche anteriori per trovare l' inizio di queste alterazioni; all'epoca in cui lo strato albuminoso dell' uovo contrae rapporti di contatto colla decidua, oppure all'origine dell' uovo stesso. Nell' un caso è da ricercare la causa nella decidua, nell' altro caso nei genitori, che hanno fecondato un uovo ammalato. Entrando in questo campo bisogna vagare nell' ipotesi, ma io non sono chiamato a questo, dovendo dimostrare semplicemente che le

placente marginate, irregolari, velamentose, abbiano preso quella forma per le alterazioni di cui sono affette.

In ogni modo per studiare l'ipotesi del Fabbri bisogna che mi trascini fino all'origine, per le altre il compito è più lieve.

L'illustre ostetrico di Modena, ingegnosamente, volendo spiegare la placenta marginata ha formulato l'ipotesi « che in una piccola area, « attorno all'inserzione del cordone ombellicale, i villi del chorion si « sono permanentemente vascolarizzati per formare la porzione fetale « della placenta, e questi pochi villi irrorati di gran copia di sangue, « perchè in loro si concentrava tutta la vita dell'allantoide, hanno « dovuto vegetare ramificandosi in modo straordinario ed invadendo la « serotina anche fuori dell'area corrispondente alla origine dei villi « stessi. »

Io ho voluto supporre più sopra che ogni alterazione da noi vista possa originare dall'uovo ammalato, per restare nella cerchia dell'ipotesi Fabbri e con essa spiegare il vizio di forma della placenta, invertendo però i termini; ciò che il prof. Fabbri addebita ad esuberanza di vita io metto a deficienza di sviluppo, e spiego anche perchè l'allantoide giunga sul chorion modificato nella forma.

A quanto sappiamo è dimostrato che la sifilide e la tubercolosi possono trasmettersi dai genitori ai figli; varie specie di batteri si sono visti passare dalla madre all'embrione ed io stesso ebbi a constatare sperimentalmente il passaggio dei bacilli del tifo dalla madre al feto; per questo potere di trasmissione si ha un uovo inficiato, il quale o non ha la forza di stabilire rapporti colla caduca e svilupparsi successivamente e regolarmente e quindi si elimina, oppure avendo certe qualità adatte allo sviluppo, mancando di altre, viene avanti incompleto.

Per questa stessa ragione l'allantoide, organo vascolare, destinato a mettere in funzione i villi della caduca vera, viene fuori alterato nella forma e nella costituzione; esso invece di espandersi largamente su tutta la faccia del chorion, attaccato alla decidua vera, discende più ristretto, più piccolo, per cui non tutta, ma una parte soltanto del chorion, addossata alla decidua vera, fornisce dei vasi, e quindi non tutti i villi di quel chorion si sviluppano in modo da poter dare forma rotonda alla placenta, ma parte soltanto, ed è logico che la placenta nasca e si sviluppi irregolare nella forma.

Nata ammalata l'allantoide, cioè i vasi dei villi, questi non possono avere grande sviluppo, non possono esorbitare di nutrizione, debbono successivamente, lungo il processo formativo della placenta, andare incontro a quelle gravi alterazioni di cui parlammo, debbono i più deboli atrofizzarsi, e quindi abbandonare i rapporti col chorion e coi compagni vicini ed al loro posto, trattandosi di tessuti in preda ad infiammazione, è facile raccogliere prodotti d'infiammazione, fibrina, coaguli sanguigni, ecc.; è facile per questo lavorìo distaccarsi il chorion e restringersi l'area choriale, invadendo questo terreno disoccupato la decidua reflessa, pronta a ricolmare gli spazii per mantenere l'uovo sempre protetto ed in tutti i lati.

Quanto ho supposto è dimostrato, e lo vedremo meglio quando discuteremo le altre ipotesi. Per ora dolente di non trovarmi in tutto d'accordo colla spiegazione del Fabbri, e con quella del Roncaglia che *attribuisce al margine della placenta lo sforzo per raggiungere essa i limiti fisiologici*, mi basta mostrare che i villi del margine sono più alterati e che invece di trovarli in proliferazione si rinvengono in uno stato di regressione, di atrofia o di distruzione. Il chorion rispondente al margine non sempre è distaccato e libero, per lo più gli resta appoggiato per mezzo di villi atrofici e di essudati e per mezzo della decidua, che dalla faccia uterina del chorion si riflette sul margine. Proprio in questa porzione di chorion è più ispessita e più opacata del restante di chorion laeve e forma una specie di nastro perlaceo attorno all'area choriale.

Le forme della placenta che ho descritto, figurandone talune, mostrano la mancanza di interi settori sul quadrante placentare, per cui l'inserzione del cordone si presenta eccentrica e velamentosa. Un territorio di chorion, che non ricevette la vita dall'allantoide, non potè sviluppare i suoi villi, e là la placenta si è deformata. Successivamente si formò il margine, il quale quasi a darci ragione, si trova spesso sul lato del diametro placentare più lungo, si trova in placente molto sviluppate in superficie e in ispessore, si trova ora intero, ora parziale, manca invece in placente piccole, dove esiste il cercine. L'area vascolare, che io ho messo in rilievo, mostrando come essa è sempre più piccola dell'area choriale, serve a chiarirci la formazione del margine, giacchè atrofizzandosi i villi, atrofizzandosi i vasi e diminuendo i rapporti del

chorion col tessuto villoso sottostante, nell' intermezzo dei quali si raccolgono essudati, coaguli, decidua alterata, fibrosa, devono scomparire i vasi superficiali, quelli che vediamo arrestarsi bruscamente dentro i confini dell'area choriale, ed approfondarsi nel tessuto. Che essi sono scomparsi in seguito alle alterazioni dette ed al distacco del chorion lo prova il fatto, che dissecando uno di questi tronchi vascolari e seguendolo profondamente, esso giunge fino ai confini esterni della placenta. Voglio dire con ciò che alle parti periferiche della placenta la vita è più angustiosa perchè più lontane dal centro d' irrigazione, e che l' area vascolare preavvisa della formazione del margine e dello ingrandimento che lo stesso può successivamente e gradatamente subire, fino a ridurre moltissimo l' area choriale, ed atrofizzare esageratamente tutta la placenta di cui s' incontra qualche esemplare. L'atrofia la dico postuma, perchè ho trovato due volte un feto molto sviluppato in rapporto ai diametri ed alla grossezza della placenta, assai deficiente.

Se non è vera l' ipotesi da me messa avanti che dall' uovo ammalato siano dipese tutte le alterazioni, e se non sta in tutto l' ipotesi del Fabbri da me modificata, si può pensare che le alterazioni originino all'epoca in cui il chorion contrae rapporti intimi colla decidua vera, la quale essendo ammalata, nel rivestire i villi della parte glandulare, trascina questi in quel campo patologico, che abbiamo passato a rassegna. E sempre in dipendenza delle suddette alterazioni si spiegherebbe anche la formazione del margine, escludendo ogni possibilità dell' invasione della serotina fuori dell'area, corrispondente all' origine dei villi stessi, ciò che è stato dimostrato da altri (1).

Passiamo ora in rivista le altre ipotesi, le quali secondo le altre osservazioni raccolte e secondo la discussione fatta cadono completamente.

Il Ruge ripone *la causa dell'anomalia negli essudati e negli spandimenti sanguigni, che si trovano fra la parte di placenta cresciuta al di fuori del chorion e le membrane dell'uovo, che hanno luogo frequentemente in seguito ad una emorragia durante la gravidanza.*

---

(1) Vedi lavoro del Manfredi: « Sulla emorragia, prima, durante e dopo il parto. » *Annali di Ostetr. e Ginecolog.*, 1893, Milano.

Senza ritornare sul già detto, a me pare che alle conseguenze di alterazioni esistenti già e svoltesi lentamente in corso della gravidanza si vogliono attribuire potenze causali. Gli essudati e gli spandimenti sanguigni avvengono dopo che il tessuto è alterato e dopo che il chorion ha indebolito i rapporti col tessuto villoso. E debbo ritenere completamente sbagliato il concetto del Ruge *che qualunque placenta si possa ridurre marginata, quando si stacchi con circospezione la porzione del chorion, che copre il bordo della placenta,* perchè nelle placente sane il chorion non si lascia staccare senza lacerarsi e senza rompere i villi, solidamente impiantati. Questo distacco avviene invece facile coll' aiuto solo del dito nelle placente marginate, nelle quali il chorion della porzione di placenta, sporgente fuori l'area choriale, è semplicemente appoggiato e tenuto in sito da essudati e da rari villi atrofici.

Colle stesse argomentazioni posso combattere l'opinione di Späth e Wedl, i quali ricercano la causa della anormalità nel tessuto grigiastro, che ricopre il margine della placenta, il quale per loro è formato di fibrina, per Kölliker dall'addossamento della caduca vera e riflessa, per Busch ed Akermann di fibrina e caduca.

Senza dubbio la sostanza, che spalma il margine è tessuto deciduale degenerato, contenente coaguli fibrinosi e sanguigni, e ripetendoci, essi sono provenienti dallo stato infiammatorio della placenta.

« È lo Schultze che si avvicina al nostro concetto, schierandosi « per la teoria dell'infiammazione ed ammettendo come causa gli ante- « cedenti della donna, i quali spesso accennano ad endometriti più o « meno gravi e la grossezza della decidua. »

Nelle storie delle inferme, dettagliate in principio, si trovano tra i precedenti, le flogosi uterine, la sifilide, la tubercolosi. Nelle osservazioni microscopiche largheggiano le alterazioni deciduali e quindi una relazione di causa ed effetto si potrebbe invocare, ma il senso che vuol dare lo Schultze, cioè che l'anomalia sarebbe il prodotto di un processo flogistico della membrana decidua esclusivamente, mi pare esagerato, perchè io non faccio dipendere il margine dalla intromissione della decidua ipertrofica, ma tanto la formazione del margine quanto le altre alterazioni tutto al più potrebbero essere determinate dalla decidua infiammata, la quale formando la porzione materna della placenta potrebbe guastare la vita o lo sviluppo della porzione fetale (chorion e villi). Sic-

chè pur convenendo nel concetto generale differiamo nel particolare e nella spiegazione del margine.

L'opinione del Küstner è fondata *sulla sproporzione tra l'accrescimento delle pareti uterine e della placenta stessa.* Il margine rappresenterebbe per lui la porzione di placenta cresciuta al di là della linea d'inserzione del chorion sulla parete uterina, e spiega il concetto ammettendo che la parete uterina sia rimasta a quel dato punto di sviluppo, che segna l'area choriale od intramarginale, mentre la placenta sia cresciuta di più dell'utero, per quel tanto, che viene rappresentato dalla porzione extrachoriale o marginata. Le condizioni favorevoli a ciò sono da lui riposte nelle contrazioni uterine di durata più o meno lunga, le quali danneggiano l'accrescimento della parete uterina, e non contrariano l'accrescimento della placenta e del feto.

A questa spiegazione non so affatto adattarmi, dappoichè non comprendo come contrazioni leggiere e passeggiere della fibra uterina possono danneggiare l'accrescimento della parete uterina, e come danneggiando questa, non vengono a danneggiare lo sviluppo della placenta e ciò che è più facile l'impianto della stessa.

È stato dimostrato che la placenta accresce il perimetro fino al 7.° mese di gestazione, dopo aumenta lo spessore, quelle placente di parti a termine che trovammo marginate si dovettero marginare, stando alle idee suddette, prima del 7.° mese, perchè dopo non crebbero più ed intanto l'utero seguì il suo distendimento fino a dare spazio ad un feto nonimestre.

Forse non capisco lo spirito della spiegazione del Küstner ma a me non pare soddisfacente.

Meno persuasiva è la spiegazione del Veit, che *addebita l'accrescimento dei villi placentari oltre il limite cui aderisce il chorion, alla rigidità dell'anello o cercine fibroso, limitante l'area choriale.*

Io ho trovato mancante o leggermente accennato questo cercine, in corrispondenza del margine, e l'ho visto molto fibroso e sporgente per tutta la circonferenza della placenta, quando di margine apparente ve ne era un piccolissimo tratto; ho riscontrato inoltre debolmente attaccato il chorion al tessuto villoso, anche dentro l'area segnata del cercine, ed ho potuto dispiegare questo cercine senza lacerazioni, aderendo talvolta debolmente al tessuto placentare.

Io non credo di dover dare importanza speciale allo stesso, giacchè a me pare che esso risulti da una ripiegatura su sè stesso del chorion, già distaccato o rallentato negli attacchi. Avendo praticato dei tagli su questo punto (Tav. II, Fig. 6, *p c h*), si vede che il chorion rimasto libero si è ripiegato su sè stesso, ed i due foglietti messi a contatto e aderiti formano il bordo rilevato.

L'andamento delle fibre del chorion in *p c h* lo dimostrano chiaramente. Perciò stesso si forma la piega del chorion (Tav. II, Fig. 6, *a c h*) a cui il Roncaglia ha attribuito virtù speciale.

In tutte queste ipotesi, le quali non restano provate che da semplici congetture, havvi un errore, secondo me, di attribuire potere genetico a ciò che è la necessaria conseguenza d'un'alterazione profonda e generale.

Molto meglio si presta alle obbiezioni la teorica del Krukenberg che ripone la formazione *del margine nella usurpazione di spazio,* il che se per poco si può ammettere nelle gravidanze gemellari, non può invocarsi certo in quelle semplici.

Già nelle placente da gravidanze gemellari non si trova costante il margine; esso è stato da me riscontrato nelle placente ammalate provenienti da parto gemellare, e poi più d'una volta ho visto fuse le due placente e deformate per la compressione che una esercitava sull'altra, senza accennare a formazione di margine (una di queste giace nel gabinetto di Anatomia Patologica di Palermo), come ho anche visto le due placente fuse, secondo la figura del Krukenberg, irregolari nella forma, marginate parzialmente, ammalate. Tutte le altre in questo lavoro descritte sono placente alterate non solo nella forma, ma anche nella costituzione; perchè dunque vagare nel campo delle ipotesi e non attenerci a spiegazioni logiche, coadiuvate dall'anatomia patologica, che è la base più soda e più vera da cui inferire si può la patogenesi dei mali?

La causa degli errori, o meglio la ragione vera di ricorrere alle ipotesi, si trova nel fatto che nessuno è andato a scrutare profondamente il segreto anatomico di queste placente.

* * *

Conchiudendo credo di aver dimostrato fin qui che:

1.° Le placente marginate o nappiformi, le placente deformate (reniformi, a lingua, ecc.), le placente velamentose, sono placente anormali, alterate nella forma e nella costituzione e rappresentano un'unica entità patologica.

2.° L'alterazione di forma proviene da mancato sviluppo, l'alterazione di costituzione da malattia congenita od acquisita della placenta.

La causa dell' alterazione o deve riferirsi all'uovo oppure alla decidua, e quindi varia l'epoca d'origine, dovendosi nel 1.° caso risalire a malattie costituzionali dei genitali, nell'altro a malattie dell'utero.

In ogni modo le alterazioni posson originare dalla sola porzione fetale della placenta o dalla sola porzione materna o da entrambe.

3.° Stabilite le alterazioni infiammatorie dei villi, del chorion e della decidua, riscontrate tutte le fasi del processo infiammatorio, sino alle forme degenerative, fibrose, jaline, cistiche, metaplastiche, si trova la spiegazione del margine, della piega del chorion, del cercine limitante l'area choriale, dello spessore esagerato della placenta, della ristrettezza dell'area choriale e dell'area vascolare.

4.° Il margine è dovuto a distacco del chorion per atrofia dei villi in quel dato circuito, e la decidua e gli essudati fibrinosi ed i coaguli sanguigni vi penetrano e si depositano in seguito al rallentamento dei rapporti tra chorion e tessuto villoso.

5.° Il cercine limitante l'area choriale e la piega del chorion sono conseguenza del distacco del chorion, che restando beante si ripiega su sè stesso e si salda.

6.° L'area choriale e l'area vascolare s' impiccioliscono a misura che si va formando il margine.

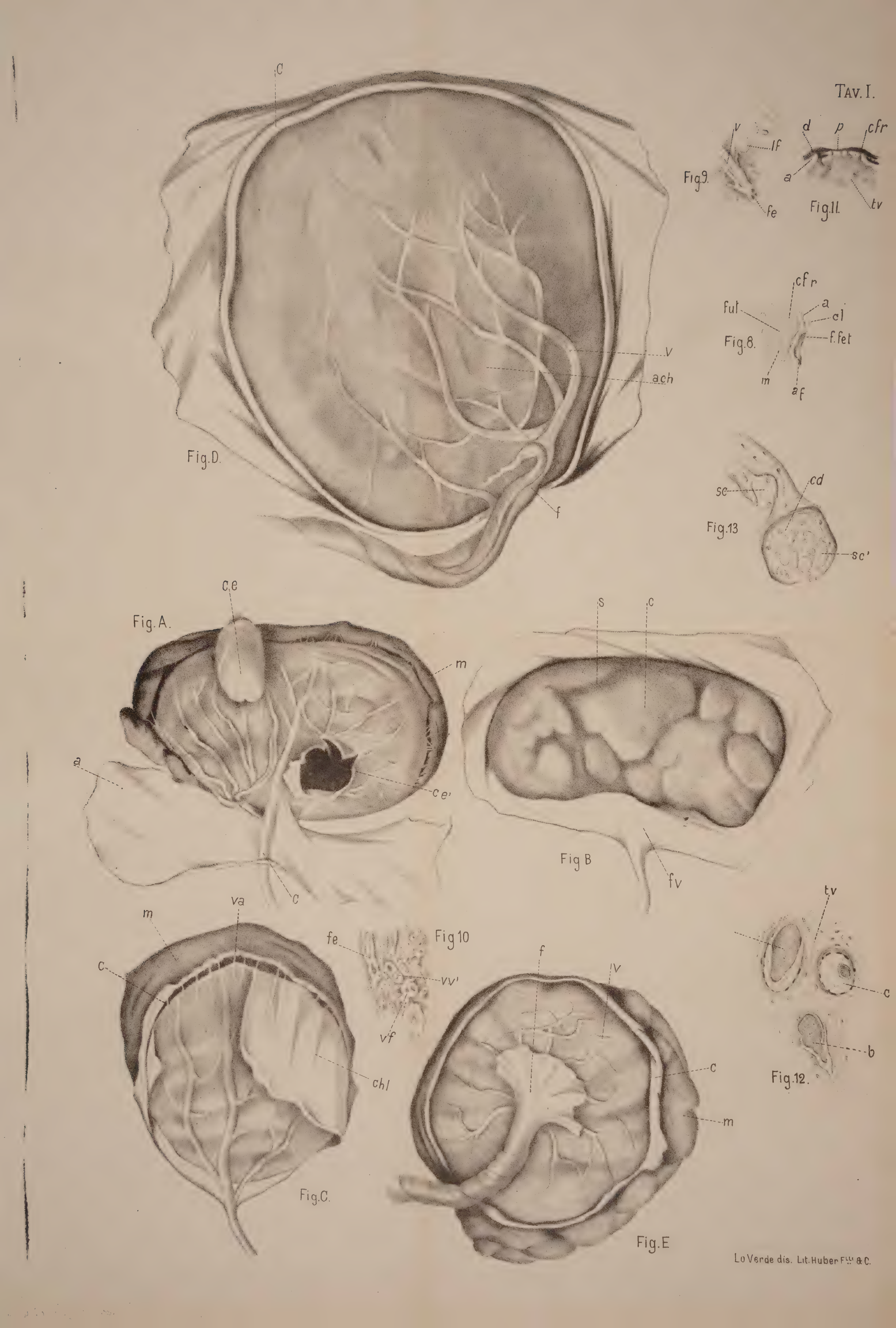
7.° Il nastro, che circonda il limite dell'area choriale, è dovuto ad ispessimento ed opacamento del chorion, che risponde al margine.

8.° La natura delle alterazioni, l' andamento lento e progressivo, la data d'origine, sia rimonti alla fecondazione dell'uovo, sia rimonti all'epoca, in cui l'uovo entra in rapporto diretto colla decidua, le loca-

lizzazioni, sia esse risiedano nella porzione fetale, sia nella porzione materna, ci mettono sulla via di credere, che non un puro accidente, o un disturbo passeggiero sia la causa, che dia origine a queste anomalie, ma le malattie costituzionali o le malattie dell'utero, le quali arrestano e deviano il normale, completo e regolare sviluppo delle placente.

Tutto ciò ci conduce nella possibilità di potere intervenire nella cura, per preparare un migliore avvenire alla madre e al figlio e ci consiglia di non guardare le anomalie come semplici curiosità scientifiche.

Prima di finire ho l'obbligo di ringraziare l'esimio Prof. Comm. Santi Sirena, Direttore dell' Istituto di Anatomia Patologica di Palermo, che mi ha permesso di fare questi studi nel suo gabinetto, fornendomi opportuni consigli. Nello stesso gabinetto sono stati conservati gli esemplari studiati.



Lo Verde dis. Lit. Huber F.lli & C.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Tavola I.

Fig. *A.* — Si riferisce alla Osservazione X e XV. Placenta da parto prematuro con cisti ematiche, marginata, con inserzione eccentrica del cordone, veduta dalla faccia fetale.

ce. Cisti ematica intera, ripiena di liquido siero-sanguinolento.
ce'. Idem, privata della parete anteriore, formata a spese del chorion frondoso.
m. Margine o collaretto placentare.
c. Funicolo ombellicale eccentricamente impiantato.
a. Amnios, scollato dal chorion.

Fig. *B.* — Osservazione VIII. Placenta abortiva, velamentosa, marginata, a forma di rene, veduta dalla faccia uterina.

c. Cotiledoni molto grossi, sollevati parecchi centimetri dal piano choriale.
s. Solchi intercotiledonari, profondi, rivestiti di decidua.
fv. Funicolo ombellicale velamentoso, inserito sul chorion tenue.

Fig. *C.* — Osservazione VII. Placenta abortiva da 4 mesi circa, velamentosa, marginata, veduta dalla faccia fetale.

m. Margine, veduto dalla faccia fetale.
va. Villi superstiti nell'angolo chorion marginale, già atrofizzati.
chl. Chorion laeve riboccato sul chorion frondoso.
c. Cercine limitante l'area choriale.

Fig. *D.* — Osservazione IX. Placenta da parto prematuro di donna eclampsica veduta dalla faccia fetale.

v. Vasi con disposizione speciale. Si vede l'area vascolare molto ridotta.
ach. Area choriale bene circoscritta entro i limiti del cercine fibroso, rilevato.
c. Cercine fibroso, rilevato, limitante l'area choriale. Nel caso in ispecie il margine manifesto era parziale.
f. Funicolo ombellicale impiantato eccentricamente.

Fig. *E.* — Osservazione IV. Placenta da parto a termine, marginata, tipica, veduta dalla faccia fetale.

c. Cercine fibroso limitante l'area choriale, rilevato in tutta la circonferenza.
m. Margine sporgente parecchi centimetri dalla inserzione fissa del chorion.

v. Vasi che s'interrompono in vicinanza del margine, entro l'area choriale.
f. Funicolo ombellicale, inserito quasi al centro dell'area choriale.

Fig. 8. — Presa dall'osservazione VIII. Ingrandimento naturale. — Il taglio mostra il margine ed il chorion rivestiti di decidua fibrosa, e l'angolo risultante dal loro distacco.

m. Margine.
cl. Chorion rispondente al margine, la cui faccia uterina è tappezzata di decidua fibrosa, che si riflette sulla faccia fetale del margine.
a. Angolo risultante dal distacco del chorion dal margine.
cfr. Chorion frondoso rallentato negli attacchi.
af. Decidua fibrosa.
f. fet. Faccia fetale del taglio.
fut. Faccia uterina dello stesso.

Fig. 9. — Presa dall'Osservazione I. Ingrandimento naturale.

fe. Focolaio emorragico dentro un villo fibroso.
v. Vaso alterato, che ha dato luogo all' emorragia, il tessuto del villo che lo contiene è divenuto fibroso.
lf. Tessuto jalino.

Fig. 10. — Presa dall'Osservazione I. Ingrandimento doppio del naturale. — Si vede la esagerata sclerosi vasale, la stasi vasale e qualche focolaio emorragico.

vf. Villi fibrosi con vasi alterati, predomina la periarterite e la sclerosi delle pareti vasali.
vv'. Vasi zaffati completamente di sangue.
fe. Focolaio emorragico.

Fig. 11. — Ingrandimento naturale. Taglio intero della placenta.

a. Angolo chorion marginale.
cfr. Chorion frondoso, che ha rallentato gli attacchi col tessuto villoso.
tv. Tessuto villoso.
p. Punti di rilascio della sostanza villosa.
d. Chorion beante.

Fig. 12. — Presa dall'Osservazione VIII. Ingrandimento Oc. 2, Obb. 7. Hartnach.

abc. Punti di degenerazione cistica della sostanza parenchimale del villo, o meglio piccole cisti con contenuto di sostanza degenerata.

Fig. 13. — Presa dall'Osservazione VIII. Ingrandimento Oc. 2, Obb. 7, Hartnach.

sc, sc'. Saccoccie cistiche ripiene di dischetti di sostanza degenerativa.
cd. Cavità risultante dalla distruzione di parecchie cellule degenerate con qualche nucleo cellulare superstite.

Fig. 1.

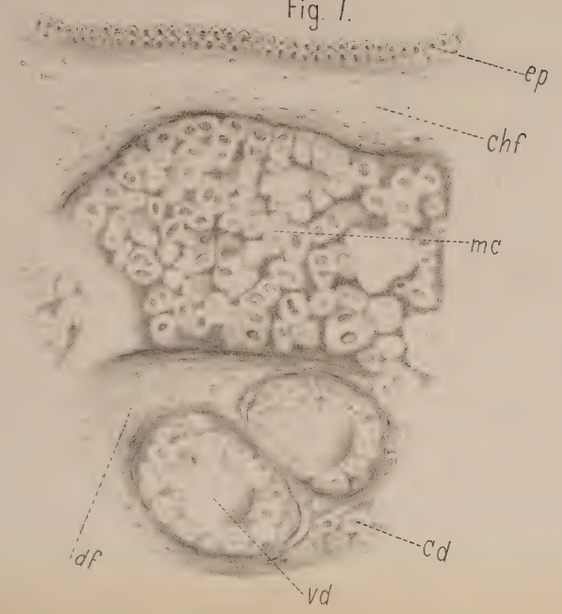


Fig. 3.

Fig. 4.

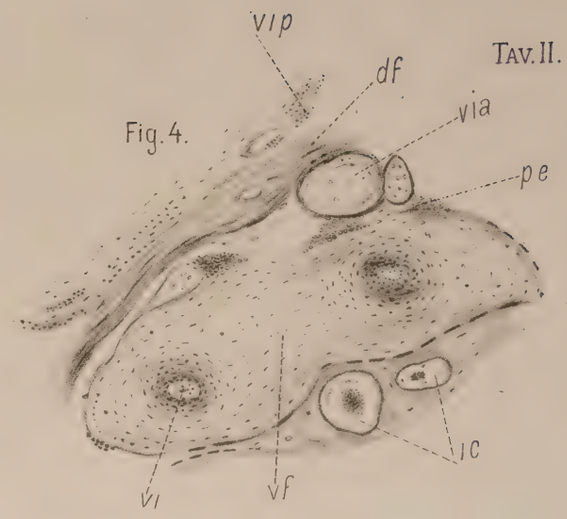


Fig. 2.

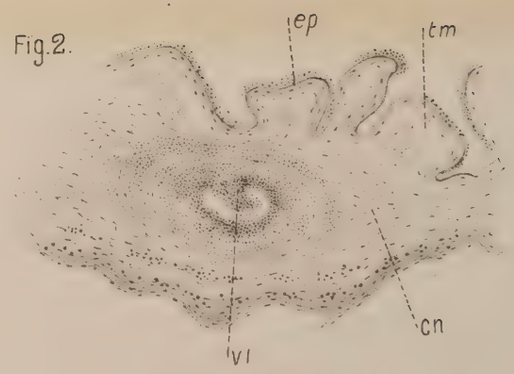


Fig. 14.

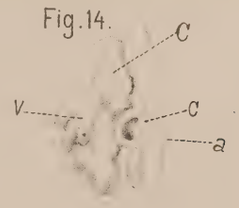


Fig. 6.

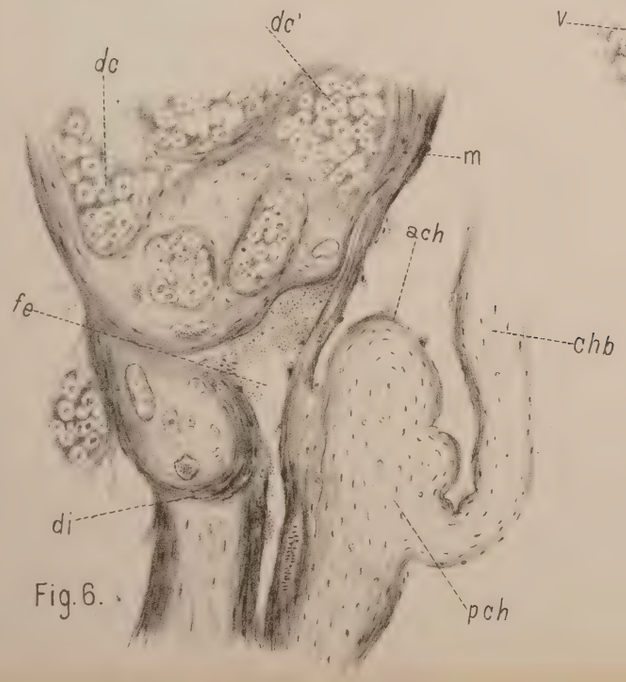
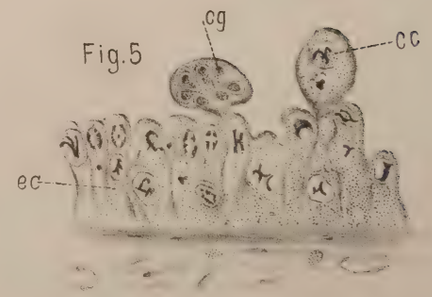


Fig. 7.

Fig. 5



Lo Verde dis. Lit. Huber F.lli & C.

Tavola II.

Fig. 1. — Presa dall'Osservazione VIII. Ingrandimento Oc. 2, Obb. 8. Hartnach.

ep. Epitelio normale piatto.
chf. Chorion frondoso, ricco di cellule connettivali embrionali.
mc. Tessuto choriale in trasformazione.
df. Porzione glandulare o materna del villo in degenerazione fibrosa e jalina che circonda e strozza il parenchima del villo *vd.*
vd. Parenchima villoso endochorion in via di distruzione.
cd. Cellule deciduali dell'organo glandulare, superstiti, alterate.

Fig. 2. — Presa dall'Osservazione IV. Ingrandimento Oc. 2, Obb. 4. — Taglio del solo chorion frondoso, che ha preso una disposizione papillare.

ep. Epitelio normale, piatto, appoggiato sopra uno strato di tessuto fibroso sottoepiteliale.
tm. Tessuto indeterminato, degenerato, che separa gli strati superficiali del chorion dai profondi, per cui il chorion subisce delle pieghettature.
vi. Vaso choriale fortemente infiammato.
cn. Connettivo giovane ed infiltrazione parvicellulare negli strati profondi del chorion frondoso.

Fig. 3. — Presa dall'Osservazione VIII. Vaso choriale. Ingrandimento Oc. 2. Obb. 5, Werick.

var. Lume del vase arterioso, che tende a restringersi.
nc. Parete del vase, che ha modificato completamente la sua struttura. Gli elementi cellulari visibili sono invasi da necrosi di coagulazione (Weighert).

Fig. 4. — Presa dall' Osservazione VIII. Sezione trasversale di due villi limitrofi. Ingrandimento Oc. 2, Obb. 5. Hartnach.

vf. Villo in trasformazione fibrosa.
ic. Infiltrato di granuli calcarei.
vi. Vasi infiammati.
pe. Placche epiteliali necrotiche.
df. Decidua fibrosa.
via. Villo secondario jalino.
vip. Infiltrazione linfoide nel parenchima del villo.

Fig. 5. — Presa dall'Osservazione VI. Epitelio del chorion frondoso in cariocinesi. Ingrandimento Oc. 2, Obb. 9. Werick.

ec. Elementi epiteliali cilindrici con nucleo in cariocinesi.
cc. Cellula in cariocinesi derivante dagli elementi sottostanti.
cg. Cellula gigante polinucleata, proveniente anh'essa dagli elementi sottostanti.

Fig. 6. — Presa dall'Osservazione IX. Ingrandimento Oc. 2, Obb. 5. Hartnach. — Piega del chorion e margine.

pch. Piega choriale in cui si vede l'andamento delle fibre e l'addossamento e saldatura dei due foglietti choriali per dar luogo al cercine.
ach. Sperone risultante dalla saldatura suddetta.
m. Margine rivestito di decidua fibrosa e jalina.
chb. Chorion beante, distaccato dal margine, che fa continuazione del chorion laeve. È spesso e ricco di connettivo neoformato.
fe. Focolaio emorragico. Globuli sanguigni in disfacimento.
di. Decidua in via di degenerazione jalina.
dc. dc'. Porzione marginale del villo con cellule deciduali degenerate in mezzo a decidua fibrosa e jalina.

Fig. 7. — Presa dall'Osservazione IX, Angioma dei villi choriali. — Ingrandimento Oc. 2, Obb. 2. Werich senza diaframma.

ch. Chorion alterato fibroso e jalino.
tf. Tessuto fibrillare circondante i vasi.
vm. Vasi di neoformazione, che hanno sostituito il parenchima del villo. Il tessuto del villo è prevalentemente vascolare, i vasi sono ripieni di sangue.

Fig. 14. — Taglio intero, praticato nello spessore d'una cisti ematica, mostrante come si forma il cavo delle cisti ematiche, in seguito a distruzione dei villi.

a. Amnios distaccato.
c. Chorion alterato con vasi infiammati.
v. Villi in dissoluzione.
C. Cavo cistico.

L'ETÀ CRITICA

Conferenza tenuta all'Associazione Medica Lombarda

dal Prof. L. MANGIAGALLI

Egregi colleghi,

L'uomo ha, presto o tardi, per legge inesorabile di natura, un'età ingrata, ma non ha un'età critica: volgo e scienza si accordano invece in una certa misura nell'assegnarne una alla donna. Essa coinciderebbe colla cessazione dell'attività sessuale e colla scomparsa di quel complesso di fatti e di manifestazioni che ne costituiscono l'essenza. Riunendo le grosse stastistiche di Mayer, di Tilt, di Guy, di Brierre de Boismont, di Courty, di Puech, essa si osserverebbe:

dai 36 ai 40 anni	. . .	nel 12	0[0	delle	donne
» 41 ai 45 »	. . .	» 26	»	»	»
» 46 ai 50 »	. . .	» 41	»	»	»
» 51 ai 55 »	. . .	» 15	»	»	»
prima di 35 e dopo i 55	.	» 6	»	»	»

Ad indicare tale età abbiamo in tutte le lingue due espressioni, una volgare, l'altra scientifica. In medicina si osserva però molte volte che le opinioni volgari rappresentano le opinioni scientifiche di altri tempi, che possono risorgere con veste rimutata. Il motto Oraziano: *multa renascentur quae jam cecidere,* ha frequenti applicazioni nel nostro campo. Nell'argomento che ci occupa alla espressione più moderna menopausa ho preferito quella volgare di età critica. La prima, a seconda del suo significato etimologico, esprime la cessazione di un fatto puramente incidentale, la quale non caratterizza a sufficienza tutto un periodo della

evoluzione della funzione sessuale muliebre, senza contare che può essere cessata la menstruazione e continuare l'attività ovarica, ovvero possono aversi perdite sanguigne che abbiano una certa periodicità e non sieno punto menstruali. L'espressione volgare invece accenna, adombra, lascia intravedere cambiamenti più estesi, più radicali, più profondi che non sieno quelli indicati dalla parola menopausa.

Quali sono queste modificazioni dell'organismo muliebre? Non è possibile avere un concetto completo della menopausa senza aver prima un concetto adeguato della menstruazione. Lasciando da parte la vessata questione dei rapporti che intercedono tra attività ovarica e menstruazione, lasciando da parte per ora anche la controversia se l'utero non sia che un'appendice dell'ovaio, un suo vassallo, o se per contro la sua emancipazione fisiologica sia ormai un fatto scientificamente provato, non mi par dubbio che convenga considerare nella menstruazione non soltanto il fatto tangibile, *perdita sanguigna,* ma una serie di condizioni fisiologiche che la precedono, l'accompagnano e la seguono, creando alla donna uno stato peculiare rispondente alla sua attività procreatrice e che sarebbe formulato nella così detta legge di Stevenson. Parlando ad un pubblico composto in gran parte di pratici, non sarà inutile che io la esponga o almeno svolga per sommi capi i concetti in essa sintetizzati.

Nella menstruazione noi dobbiamo scorgere un vero processo ciclico o meglio ondulatorio molto più lungo e molto più complesso di quello apparente. Come nel sonno e nella veglia noi abbiamo un periodo di riposo e di attività a cui corrispondono determinate modificazioni della pressione sanguigna e dell'afflusso sanguigno dei centri nervosi, noi abbiamo, dice Johnston, eguale *onda* nell'organismo muliebre nel periodo della sua attività sessuale, colla differenza che essa si svolge in un ciclo di 28 giorni anzichè di 24 ore. In tale ciclo noi abbiamo una vera curva della pressione sanguigna, dell'urea escreta, dell'acido carbonico esalato. Nell'organismo muliebre abbiamo insomma un'alta e bassa marea sempre rinnovantesi. L'acme della pressione corrisponde al momento in cui sta per incominciare il flusso menstruale, mentre la depressione maggiore si ha subito dopo la sua cessazione. Vi ha quindi un tracciato basso per circa tre settimane, che non si eleva in modo apprezzabile che al principio della quarta settimana, finchè raggiunto il massimo grado, i vasi uterini

si rompono, preparati alla rottura da probabili modificazioni anatomiche. La curva della secrezione dell'urea e della esalazione dell'acido carbonico corrispondono approssimativamente a quella della pressione sanguigna. Noi abbiamo a tale riguardo osservazioni precise e concordanti di Rein, di Repreff, di Goodmann, di Jacoby, di Rabuteau. Io pure feci esperienze riguardo alla pressione sanguigna misurandola collo sfigmomanometro di Basch, e ne ebbi risultati che confermano pienamente quelli accennati. Otto, a Pietroburgo, ha recentemente intrapreso altre ricerche sulla forza muscolare, sulla temperatura, sul calorico raggiante, sulla capacità polmonare, sulla forza d'inspirazione, sul tempo di reazione dei riflessi tendinei, aggiungendo nuove prove a quelle già esistenti per dimostrare che l'energia delle funzioni dell'organismo femminile obbedisce ad una vera legge di periodicità, aumenta prima della menstruazione, e diminuisce al principio della emorragia. È questa la legge di Stevenson.

Noi abbiamo dunque periodicamente non solo una perdita sanguigna, ma una maggiore eliminazione di urea e di acido carbonico che rappresentano le ceneri dell'aumentato processo di ossidazione. I materiali periodicamente combusti rappresenterebbero la riserva dell'organismo muliebre nel caso di gravidanza. Dai 16 ai 45 anni è il meriggio dell'organismo muliebre. Compiuto ormai il suo sviluppo nutritivo per la lotta della esistenza, si trova nelle migliori condizioni per la riproduzione. Per una donna completamente sana, in tale periodo la gravidanza è lo stato normale per eccellenza, la menstruazione non rappresenta che una funzione di eliminazione delle riserve che la natura aveva preparato per l'opera della riproduzione. Quando Michelet scrive che la donna, nel periodo menstruale, è « *une malade atteinte de la blessure d'amour qui saigne toujours en elle,* » non solo adopera una immagine letterariamente poco bella, ma esprime un nonsenso scientifico. È più nel vero il volgo quando chiama « *purghe* » il tributo mensile. L'ovisgravio corrisponde di spesso al fastigio del ciclo, nel quale si svolge il processo menstruale, ma ovulazione e menstruazione sono fenomeni correlativi ma non necessariamente legati fra loro come causa ad effetto.

Chiarito in tal modo il concetto che noi dobbiamo avere del processo menstruale, passiamo dal meriggio alla sera della vita muliebre, esaminiamo la menopausa da un punto di vista fisiologico e patologico. La

scienza non possiede lavori che studiino l'anatomia e la fisiologia della menopausa in modo completo, esauriente: noi dobbiamo accontentarci di pagine sparse, di studii frammentarii. Essa è caratterizzata da due ordini di fatti, anatomici e fisiologici. I fatti anatomici si compendiano nella involuzione regressiva degli organi genitali, mammelle, ovaie, trombe, utero, genitali esterni. Qui cade in acconcio una osservazione molto importante, che cioè negli organi interni della generazione tale involuzione non avviene di pari passo. Ritchie, Lawson-Tait ed altri hanno dimostrato che la ovulazione può continuare molto tempo dopo che la menstruazione è cessata, benchè vada diminuendo la sua attività. Egli è certo che nell' utero e nelle tube i cambiamenti che conducono alla involuzione, all'atrofia dell'organo, sono più pronti ed apparenti che non nell' ovaio, l' atrofia del quale qualche volta non si osserva che nella senilità. Così p. es. Lawson-Tait osservò in una donna di 70 anni ovaie che avevano tutti i caratteri di quelle rimosse da una donna di 30. Ciò dà ragione dei così detti concepimenti tardivi, che possono dividersi in due classi. La prima comprende i casi in cui l'attività sessuale con tutte le sue manifestazioni si conserva molto al di là dei limiti medii. Lasciando stare Cornelia madre dei Gracchi, che avrebbe partorito all'età di 70 anni, appartengono alla prima serie i casi raccolti recentemente da Rodsewitsch dalla letteratura russa dal 1872 al 1881 in numero di undici, riguardanti donne che hanno partorito da 50 a 55 anni. Io ho osservato nella clinica di Catania un caso completamente documentato di parto in donna di 56 anni. Kennedy, nel fascicolo di Giugno dell' *Edinburgh Medical Journal,* 1882, riferisce un caso più meraviglioso ancora di una donna che partorì a 62 anni dopo aver avuto altri parti a 47, 49, 51, 53, 56 anni. La seconda classe comprende i casi di concepimento tardivo più o meno lungo tempo dopo la cessazione della menstruazione. Vi appartengono per es. i casi di Renaudin di una signora che ebbe un parto a 61 anni, 10 anni dopo la cessazione della menstruazione, di Krieger, di una donna che concepì a 50 anni, due anni dopo la cessazione della menstruazione.

Fisiologicamente la menstruazione è caratterizzata non solo dalla diminuita o cessata potenzialità della fecondazione, ma altresì dalla scomparsa di quella periodicità della energia delle funzioni dell'organismo muliebre, che costituisce il carattere fondamentale essenziale di tutto il pe-

riodo dell'attività sessuale. Ne diede recentemente la prova il prof. Dmitri de Ott con ricerche che nello stesso tempo costituiscono una controprova della giustezza delle idee esposte sul processo menstruale. Le stesse esperienze che aveva cioè istituite nel periodo di attività sessuale, ripetè egli in giovinette da 8 a 13 anni e in donne mature da 58 a 80 anni, tirandone la conclusione che le oscillazioni accennate nella energia di tutte le funzioni muliebri sono proprie del periodo di attività genitale e cessano con questo.

Colla guida delle idee finora sviluppate, non riuscirà difficile l'interpretazione dei fatti che ben di spesso si osservano nella menopausa, ben di spesso non sempre, poichè anche nella menopausa havvi una infinita varietà di casi. Johnston paragona una donna che si avvia alla menopausa ad una nave che veleggia verso il porto che deve darle asilo. Alcune donne entrano quietamente in porto come navi cullate da una dolce brezza su mare calmo e tranquillo, altre sbattute da contrari venti e da tempeste, pur riescono a vincere la prova e trovano finalmente un sicuro rifugio, altre infine infrante contro gli scogli, fanno miseramente naufragio. Ad ogni modo i capi saldi di una razionale patologia della età critica, egualmente lontana dalle esagerazioni di coloro che ne fanno un vero capo delle tempeste e dall'ottimismo di coloro che nella menopausa non vedono che la pura e semplice cessazione di una perdita sanguigna periodica, sono quelli da me indicati, uno anatomico, rappresentato dalla atrofia progressiva degli organi genitali e dalle alterazioni che ne possono essere la conseguenza; uno fisiologico, rappresentato dalla cessazione della periodicità della energia delle funzioni dell'organismo muliebre e dalla sospensione di una funzione di eliminazione delle riserve di questo. In una conferenza non posso naturalmente tracciare che a grandi linee la patologia generale della menopausa.

Le alterazioni anatomiche, le lesioni patologiche, i disturbi funzionali che sono proprii dell'età climaterica, si possono, a mio avviso, dividere in due grandi gruppi, uno in rapporto con un disordinato ed incomposto compiersi di quelle modificazioni fisiologiche per cui cessa l'accennata legge di periodicità della energia di tutte le funzioni organiche, l'altro costituisce delle affezioni che più o meno direttamente sono determinate dall'atrofia degli organi genitali. Il primo gruppo comprende specialmente disturbi nutritivi, disturbi nervosi, disturbi vasomotorii.

Appartengono ad essi l'adiposi, alcuni casi di diabete, alterazioni del sistema nervoso con fenomeni di irritazione e di iperestesia, la tendenza alle emorragie nasali, le vertigini, le vampe, i sudori profusi, che costituiscono una delle manifestazioni più frequenti dell'età climaterica, alterazioni dei sensi specifici, specialmente del gusto, pulsazioni arteriose, palpitazioni cardiache, vere forme di tachicardia, nevrosi gastriche ostinate, le stasi sanguigne negli organi addominali, eritema della cute. Börner descrive per esempio circoscritti edemi della pelle del viso, delle articolazioni con arrossamento, isolati ovvero in rapporto con altre concomitanze nervose, emicrania, nevralgia, ecc. I disturbi accennati sono così frequenti, così prevalenti, così nettamente in rapporto coll'età climaterica, che io non esito a dichiarare che, secondo la mia esperienza, essi costituiscono la parte veramente predominante della patologia dell'età climaterica. Mi porterebbe troppo in lungo il descrivere tutte le forme indicate, il dimostrare la natura e la genesi di tali disordini funzionali o di tali alterazioni nutritive. Certo le costituzioni organiche differenti, le malattie pregresse, l'ereditarietà, le condizioni di minor resistenza di questo o di quell'organo, danno ad esse una intonazione speciale, un carattere di maggiore o minore gravità; ma esse si osservano specialmente quanto meno la donna è ossequiente alle leggi di natura e non solo nel dominio sessuale, *glissons n'appuyons pas,* ma più particolarmente nel bilancio nutritivo del proprio organismo. Nel periodo di attività sessuale, fisiologicamente, la donna è favorevolmente disposta per la procreazione, indi le sue funzioni nutritive sono attivissime per la preparazione di materiali di riserva per l'opera della riproduzione, materiali che vengono combusti ed eliminati nel processo menstruale, se questa non avviene. Nell'età critica cessa e la riproduzione e la funzione di eliminazione dei materiali di riserva, e il bisogno della loro produzione, donde la necessità di una vita più sobria, di un bilancio nutritivo meno abbondante. Tratteggiata in tal modo la fisiopatologia generale della menopausa, la terapia preventiva e quella sintomatica acquistano una base razionale. Dai tempi più antichi si sono consigliati specifici contro i disturbi di questo periodo. Fra questi mezzi ebbero vasta applicazione le sottrazioni sanguigne periodiche che anche in tempi relativamente recenti trovarono un difensore in Tilt. Non è però a dimenticare che tale mezzo, pure avendo un fondamento razionale,

non è che palliativo e transitorio. Con troppo frequenti sottrazioni sanguigne si può ottenere un miglioramento anche rapido di questo o di quel sintomo, ma si va incontro al pericolo di causare una generale anemia e una debolezza del sistema nervoso. Moderare la dieta, attivare la funzionalità della cute e nello stesso tempo sedare il sistema nervoso coi bagni tiepidi a 24-25 R., combattere le stasi addominali e la costipazione frequente, ostinata, coi derivativi intestinali e specialmente colle acque minerali clorurate sodiche, solfato sodiche, magnesiache, costituiscono le basi di un trattamento razionale dei disturbi della menopausa.

Entriamo ora nel mare magno delle alterazioni sessuali che si attribuiscono all' età critica. Non havvi malattia che non sia stata addebitata a questa. La causa di alcuni esagerati apprezzamenti su questo punto dipende dal non aver esercitato sufficente acume critico nel vagliare l'esperienza clinica. L'età climaterica si è confusa molte volte coll'età post-climaterica. Ogni malattia che si osservasse al di là di un certo limite d' età si è messa a carico della menopausa, anche quando questa era ormai così lontana da non poter ammettere in alcun modo un nesso di causa ad effetto tra questa e la malattia accennata. Le malattie che, a mio avviso, sono indiscutibilmente in stretta relazione colla menopausa, ripetono la loro origine dai processi di atrofia degli organi genitali, atrofia molte volte associata a processi irritativi preesistenti alla menopausa. Detta atrofia può essere totale e comprendere tutti gli elementi di un dato organo, ovvero colpire gli elementi essenziali di questo ed essere associata ad iperplasia di altri elementi, per esempio del connettivo. Possono appartenere a detta categoria alcuni processi sclerotici dell'ovaio e dell'utero, la craurosi vulvare, il prurito vulvare, conseguenza di vere dermatiti interstiziali, vi appartengono le vaginiti ed endometriti esfogliative, il prolasso vaginale per atrofia del tessuto connettivale di sostegno, gli spostamenti dell' utero per atrofia e rilasciatezza de'suoi legamenti. L'esfogliazione degli epitelii cervicali può condurre all' atresia del canale cervicale e alla formazione di piometra, favorito anche da eventuali spostamenti uterini. Se avviene l'atresia dell' orificio esterno e interno e si conserva libero l' intermedio canale cervicale, noi abbiamo due cavità che possono riempirsi di secreti uterini, quella del corpo e quella del collo e avere così l'*uterus*

bicameratus vetularum, descritto da Mayer nel 1826. Tutte le anzidette alterazioni si spiegano facilmente coi processi involutivi e regressivi degli organi sessuali e l'accordo non è difficile fra i ginecologi. Alcune altre questioni meritano invece di essere esaminate più da vicino e discusse in modo più approfondito; esse riguardano specialmente i tumori ovarici, le cosidette emorragie climateriche, il metrocarcinoma, i fibromi dell'utero.

Ma esaminiamo partitamente ognuna delle questioni indicate, cominciando dalle cisti ovariche. In questo argomento la mia esperienza è abbastanza vasta, perchè io possa valermi soltanto di essa. Ho operato 160 ovariotomie, ma solo di 145 posseggo i dati precisi riguardo all'età della donna in cui vennero praticate: 1 venne fatta prima della pubertà, 106 nel periodo dell'attività sessuale, 38 dopo la cessazione di questa, ma di esse 16 in età così tarda, dai 60 ai 75 anni, da non lasciare alcun adito alla possibilità di un nesso tra la menopausa e lo sviluppo del tumore. Che se poi si volesse obbiettare che lo sviluppo dei 16 tumori ovarici operati nei limiti di età indicati rimontasse alla menopausa, si potrebbe con maggiore diritto affermare che i 22 casi operati dopo la cessazione delle menstruazioni risguardano tumori sviluppati prima di questa. La sproporzione ad ogni modo tra i casi operati nel periodo dell'attività sessuale e quelli operati dopo la menopausa è tale da lasciar piuttosto credere, che l'attività ovarica anzichè il suo silenzio possa essere causa predisponente allo sviluppo di tumori ovarici, e ciò tanto più quanto si rifletta che 62 casi vennero precisamente operati nel fastigio della potenza procreatrice, dai 20 cioè ai 35 anni.

Concedetemi ora di dirvi intiero il mio pensiero sulle così dette emorragie uterine dell'età climaterica e post-climaterica. Mentre per le perdite catarrali, per la leucorrea si opina da taluni che la menopausa eserciti una influenza benefica, sanatrice, quelle sanguigne invece troverebbero nell'età critica una causa predisponente speciale e ne sarebbero quasi una manifestazione propria, naturale. Ma la prima opinione è una illusione, come la seconda è un errore, molte volte fatale. L'idea che le donne affette da catarro uterino devano, giunte all'età critica, assistere alla sua guarigione spontanea, è assolutamente erronea. Un catarro uterino, non guarisce meglio col progredire degli anni di quello che guarisca un catarro di altre mucose. Per molti riguardi anzi l'endometrite

della menopausa presenta sintomi escretorii e funzionali più gravi, e lo stato generale ne risente in modo accentuato; dimagramento, pallore terreo della cute, stitichezza ostinata congiunta a meteorismo, dispepsie ribelli, nevralgia e depressione psichica ne sono molte volte la conseguenza. Riguardo alle perdite sanguigne non voglio negare come qualche volta, condizioni anatomiche speciali dell'utero, strettamente legate alla menopausa, rigidità e friabilità dei vasi uterini, unitamente a congestioni passive in rapporto con cause d'indole generale risiedenti nel petto o nell'addome, possano determinare vere e proprie emorragie, ma dal punto di vista pratico conviene considerare ogni emorragia come l'espressione di uno stato morboso che bisogna riconoscere ed eventualmente rimuovere. Non so dirvi quante volte io abbia dovuto constatare i perniciosi effetti di questa acquiescenza del pratico all'idea che tali emorragie sieno proprie dell'età critica. Sono eccezionali i casi in cui io non abbia trovato una causa anatomica: o si tratta di polipi vascolari dell'uretra, o di polipi vescicolari del collo, o di endometriti fungose, o di fibromi, o di carcinoma e così via. In un caso di perdite sanguigne ostinatissime in una signora che era passata a seconde nozze nell'età critica, rilevai come causa di ostinata emorragia una lacerazione prodottasi all'atto del coito nella vagina atrofica e rigida.

Ho testè nominato il metrocarcinoma! Può la critica scientifica moderna accettare l'idea antica che l'età climaterica costituisca una condizione favorevole per lo sviluppo di questa inesorabile malattia? La maggiore frequenza del carcinoma uterino nel 5.° decennio della vita muliebre, indicata già da Bayle, sarebbe confermata dalle statistiche di Scanzoni, di Lebert, di Säxinger, di Gusserow. La mia statistica molto numerosa la metterebbe fuori di dubbio. In questi ultimi 5 anni entrarono nel Comparto ginecologico da me diretto 400 casi di carcinoma uterino, che per l'età delle pazienti sono così divisi:

dai 20	ai 30	anni	. . . . .	N.	15
» 30	» 40	»	. . . . .	»	86
» 40	» 50	»	. . . . .	»	157
» 50	» 60	»	. . . . .	»	97
» 60	» 70	»	. . . . .	»	37
» 70	» 80	»	. . . . .	»	8

Abbiamo dunque un aumento continuo del metrocarcinoma fino all'età in cui avviene più di frequente la menopausa e quindi una diminuzione parimente progressiva.

Certo il dimostrare che il carcinoma uterino (Sibley ha dato eguale dimostrazione per il cancro della mammella), sia così prevalente nel periodo di vita che più frequentemente coincide coll'età critica, non equivale ancora a dimostrare che questa possa essere in rapporto casuale colla terribile malattia. Ma il dubbio è però aumentato dal fatto che il carcinoma nel sesso maschile, in riguardo all'età, non presenta gli stessi rapporti di frequenza. Da una statistica di Simpson, che raccolse le morti per cancro in Inghilterra dal 1847 al 1861, risulta come esse sommino ad 87000, di cui 61000 donne e 26000 uomini e come il *maximum* della frequenza si osservi per questi da 55 a 65 anni e, mentre da 65 a 75 la frequenza è discesa ad un procento insignificante per le donne, per gli uomini si avvicina al *maximum*. Le idee recentemente espresse e sviluppate da Wassilieff sulla genesi e sul significato dei tumori maligni potrebbero darci una ragione della predisposizione che l'età critica crea nei genitali muliebri per il carcinoma.

Mi resta ad esaminare un ultimo punto, i fibromi uterini in rapporto colla menopausa. In questo campo molti di quelli stessi che ravvisano nell'età critica la causa d'infiniti guai, accorderebbero ad essa una influenza benefica sui fibromi uterini. Le emorragie cesserebbero, i tumori diminuirebbero di volume e diverrebbero indifferenti per l'organismo muliebre, i fibromi sarebbero una malattia benigna, contro la quale deve farsi poco più che nulla e attendere la menopausa. Contro questo ottimismo si elevano molti dei ginecologi moderni e pure la mia esperienza mi schiera fra coloro che non si affidano punto a tali rosee speranze. L'argomento è vasto, è importante dal punto di vista scientifico e pratico e meriterebbe ampio svolgimento, ma « la via lunga ne sospinge » per cui mi limiterò ad accennare alle conclusioni delle mie ricerche. Io potrei documentare con numerosi fatti tratti dalla mia personale esperienza le seguenti osservazioni: Che i fibromi possono per sè condurre alla morte per emorragia, per degenerazione grassa del cuore, per alterazione delle vie urinarie, cistiti e pielonefriti. Che essi diminuiscono la resistenza dell'organismo e lo rendono facile preda di malattie intercorrenti. Che i fibromi molte volte prolungano il periodo mestruale ed emorragico

indefinitamente. Alcune emorragie più o meno periodiche nell'età critica considerate come menstruali qualche volta non sono tali, o almeno non sono accompagnate da deiscenze di ovisacchi come in alcuni casi ebbi a verificare. Non di rado insorgono emorragie gravi anche nella menopausa e parecchio tempo dopo la cessazione delle menstruazioni. Non è straordinariamente rara la trasformazione dei fibromi in tumori maligni dopo la menopausa. Sono frequenti i casi in cui si osserva sfacelo dei tumori e fatti peritonitici gravi, nonchè la trasformazione fibrocistica. Numerose laparotomie praticate per fibromi dopo la menopausa per indicazioni quasi sempre gravi, mi hanno anche concesso di addentrarmi nello studio del meccanismo di tali accidenti. La tendenza stessa ai processi atrofici regressivi può esserne causa, diminuendo la nutrizione dei tumori e causandone lo sfacelo, ovvero provocando per la degenerazione granulo-grassosa del tumore perifericamente situato e della zona uterina ad esso corrispondente, per le conseguenti esfogliazioni dell'epitelio peritoneale e delle aderenze che possono a loro volta diventare sorgenti di disturbi e di inconvenienti, contribuire all'aumento successivo dei tumori come parecchie volte ebbi occasione di constatare.

Riassumendo quanto sono venuto esponendo, la mia conclusione è quale forse non attendevate da un ginecologo moderno. Nel ciclo della vita muliebre esiste un'età alla quale può essere conservato l'appellativo di critica. Essa è caratterizzata anatomicamente da una serie di processi atrofici involutivi degli organi genitali, fisiologicamente non solo dalla cessazione delle funzioni procreatrici, ma altresì dalla scomparsa della periodicità dell'attività di tutte le funzioni dell'organismo muliebre; patologicamente, nel campo della patologia generale, da una serie di disordini nutritivi, nervosi, vasomotori, nel campo della patologia sessuale, da una serie di malattie che si riannodano ai processi atrofici proprii di tale età e probabilmente da una certa predisposizione allo sviluppo del carcinoma.

RASSEGNA

Dott. SIEGFRIED NEUMANN. — **Quantitative Bestimmung des Calciums, Magnesiums und der Phosphosäure im Harn und Koth bei Osteomalacie** *(Analisi quantitativa del calcio, del magnesio e dell'acido fosforico nell'orina e nelle feci delle osteomalaciche).* — *Arch. f. Gyn.*, vol. 47.°, fascicolo II, pag. 202.

Che negli ammalati d'osteomalacia avvengano profonde alterazioni del ricambio materiale è opinione già antica, confermata, in genere, da molte ricerche di chimica urologica. Però non s'era mai pensato a studiare in modo completo il *bilancio organico* di tali ammalati, almeno per quei componenti dell'orina che hanno, nel caso dato, speciale importanza.

La raccomandazione a tal proposito fatta già da 20 anni da Senator era rimasta lettera morta: in nessuno dei casi d'osteomalacia studiati si era, al dire dell'A., tenuto calcolo, rispetto ai componenti dell'orina presi in considerazione, anche della quantità di essi introdotta col nutrimento e di quella eliminata colle feci.

Le sostanze che meritano speciale esame sono quelle che prendono parte principale alla costituzione dei tessuti che vengono essenzialmente colpiti dalla osteomalacia: esse sono i soli di Ca e di Mag, e l'acido fosforico.

Per quanto si sa ora delle variazioni che esse subiscono in questa malattia, può dirsi, in generale, che secondo la maggior parte degli autori si avrebbe nell'orina una quantità maggiore, rispetto alla norma, di acido fosforico, più specialmente combinato colle sostanze terrose: alcuni ammettono tale aumento solo in un determinato periodo della malattia: pochi lo negano, e pochissimi, infine, rifiutano ogni valore alle variazioni quantitative di tali componenti delle orine.

Partendo da questi dati, ancora incerti e contradditori, pel fatto appunto che presi da soli non rappresentano che assai imperfettamente il bilancio organico, l'A. studiò un caso di osteomalacia guarito spontaneamente: unica cura usata fu la dieta lattea, contenendo il latte grandi quantità di $Ph_2 O_5$ e di Ca: tenne scrupolosamente conto (mediante il solito reattivo di uranio) della quantità di Ca O, di Mg, e di $Ph_2 O_5$ introdotta cogli alimenti (latte, brodo), non che di quella perduta colle orine e colle feci: divise le sue esperienze in due serie, di 7 giorni cia-

scuna; l'una riguarda l'ammalato nel periodo attivo della malattia: l'altra la donna decisamente guarita. Dal confronto dei risultati ottenuti nell'uno e nell'altro periodo si deduce quanto segue:

1.° Nello stadio ascendente dell'osteomalacia la Ca è secreta dai reni in quantità poco diversa della norma.

2.° Nello stadio di rigenerazione delle ossa la quantità di Ca eliminata colle urine è minore di quella escreta nel periodo attivo della malattia e anche di quella escreta in condizioni normali: epperò, se si tenesse calcolo semplicemente dei dati urologici, si dovrebbe concludere che la Ca è trattenuta nell'organismo in maggior copia nel periodo di guarigione che in quello di malattia. Invece se si tiene calcolo della *quantità totale* della Ca eliminata colle orine e colle feci, confrontata con quella introdotta cogli elementi, si vede che *la Ca trattenuta è in quantità minore nel 2.° periodo anzi che nel 1.°* Però, a proposito di tale conclusione apparentemente strana, l'A. nota che in questo primo periodo potrebbero, come in altri casi si è ampiamente verificato, essersi formati calcoli di sali di Ca in svariate parti del corpo, quasi riserve sfruttate poi nel periodo della guarigione.

3.° Nello stadio progressivo della malattia, tenuto calcolo della quantità di Mg introdotta e di quella perduta, l'organismo subisce lievi perdite di tali sostanze.

4.° Invece nel periodo della rigenerazione delle ossa, l'organismo utilizza il Mg in modo che la quantità d'esso eliminata è alquanto minore di quella introdotta.

5.° Nello stadio attivo della malattia il bilancio organico subisce una notevole perdita di $Ph_2\ O_5$, certamente sostenuta nella massima parte dalle ossa. La mancanza assoluta di disturbi gastro-enterici non permette infatti di pensare a un diminuito assorbimento dell'$Ph_2\ O_5$ degli alimenti.

6.° Nello stadio di rigenerazione delle ossa il bilancio organico guadagna notevoli quantità di $Ph_2\ O_5$, proporzionate alle perdite subìte nel 1.° periodo.

7.° Il rapporto quantitativo della Ca rispetto alla Mg, che nelle orine normali è di 1 : 3, nelle orine osteomalaciche si altera a scapito della Mg.

L'A. non credette di dover prendere in considerazione anche l'acido lattico delle orine: le ricerche fatte in questo indirizzo ebbero esiti molto vari: ad ogni modo i patologi negano ora all'acido lattico delle orine osteomalaciche ogni valore, tanto più che tale sostanza può trovarsi anche normalmente nelle orine di individui sani.

Quanto ai corollari terapeutici, l'A. crede di dover dedurre che la somministrazione dei fosfati è di incontrastabile utilità e che su di essa si deve insistere prima di ricorrere alla castrazione. Un eccellente nutrimento a tal uopo è il latte. Del resto si possono ottenere buoni risultati, a malattia abbastanza innoltrata, col semplice miglioramento delle condizioni igieniche e della nutrizione.

L. Villa.

GUÉNIOT. — **Opérations césariennes multiples.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Août 1894.

È una comunicazione fatta in grembo dell'Accademia di Medicina il 3 luglio p. p. Trattasi di due donne operate ciascuna due volte di taglio cesareo, l'una coll'intervallo di tre anni e 4 mesi, l'altra coll'intervallo di soli 17 mesi. I 4 bambini sono tutti viventi. Le due donne sono rachitiche a bacino viziato. L'oratore scelse a suo talento il giorno e l'ora dell'intervento senza aspettare la comparsa dell'inizio del travaglio. Tre volte incontrò la placenta sotto il tagliente del bistorì, il che provocò sempre una perdita di sangue pari circa a 500 grammi. Una volta, e cioè nel secondo caso trovò completamente conservati i punti di sutura posti 17 mesi prima.

L'operatore in vista de' suoi trionfi ha parole di entusiasmo pel metodo conservatore, ed aggiunge ai 2 casi esposti la narrazione di un altro caso non meno interessante.

Ricorda cioè di avere egli presentato alla Accademia una donna operata di taglio cesareo per osteomalacia perfettamente guarita dopo tre mesi, senza che egli avesse alla medesima levate le ovaie o le trombe. Comunica che la donna rimasta novellamente incinta portò a termine il prodotto del concepimento, che egli estrasse questa volta mediante la sinfisiotomia, dalla quale la donna si riebbe prontamente.

Paragonato ai metodi mutilatori, egli dice, il metodo conservatore mostra quindi una incontestabile superiorità.

Dott. Decio.

Dott. D. POPOFF. — **Zur kenntniss des hämorrhagischen Infarktes des Uterus** *(Contributo allo studio dell' infarto emorragico dell'utero).* — *Archiv für Gynaekologie,* 47 Bd., 1 H.

L' infarto emorragico dell'utero, inteso nel senso che veramente ha, identico a quello degli infarti emorragici di altri organi, specialmente dei polmoni, è un accidente molto raro. Non va confuso nè con alcuni fatti dipendenti da endometrite cronica, nè con versamenti che, all' infuori della mestruazione, hanno luogo nell'utero per vizii di cuore, per malattie infettive, per avvelenamenti, per certi processi uterini infiammatori. Al dire dell'A., intorno all'infarto emorragico dell'utero la letteratura medica non possedeva sino a qui altro studio che quello di Herscheimer, pubblicato negli *Archivi di Virchow* (vol. 104, pag. 21, anno 1886).

Sunteggiato quindi brevemente tale studio, l'A. espone minutamente la storia clinica di una sua ammalata, i reperti necroscopici che le si riferiscono: « *Steno-*

sis ostii venosi sinistri ex endocarditide chronica ad valvulam bicuspidalem. Incrassatio valvulae tricuspidalis. Hypertrophia cordis totius, praecipue ventriculi sinistri. Thrombosis auricolae cordis utriusque. Embolia art. fissae Sylvii dextrae subseq. encephalomalacia circumscripta iu hemisphaerio crebri dextro. Infarctus haemorragici pulmonum. Infarctus haemorragicus cervicis uteri. Morbus Brightii chronicus. Hyperaemia mechanica et hydrops universalis. »

Le *arterie uterine* dei due lati e le loro diramazioni offrivano spiccate note di *endoarterite con infiltrazione calcarea* nelle loro pareti, non che *trombi antichi e recenti.* Anche le *vene corrispondenti* erano occupate da *trombi,* parte *recenti,* parte *antichi,* alcuni di questi ultimi già *canalizzati.* L'*infarto emorragico* doveva ritenersi *di recente formazione* per i caratteri dei globuli rossi ancora ben conservati: interessava di più la parete posteriore che l'anteriore del collo, avendone colpito la mucosa, la sottomucosa, la muscolare: gli elementi dei tessuti invasi, specialmente negli strati profondi, erano facilmente divaricati, compressi, alterati dal sangue suffuso: la mucosa del corpo un po' atrofica, coi caratteri dell'endometrite cronica.

Le alterazioni dell'apparato circolatorio rappresentano quindi la *causa* di tutte le numerose successioni morbose: ma per quanto riguarda i vasi uterini l'A. ricorda come già in condizioni normali essi siano soggetti a notevoli variazioni determinate dall'età, dalla mestruazione, dalla gravidanza, dal parto, dallo stato puerperale, dalla menopausa. Così il Westphalen ha fatto notare che *l'intima delle arterie uterine* nelle bambine è affatto o quasi affatto sprovvista di stroma connettivale, constando esse soltanto dell'endotelio e di una membranella elastica; col progredire dell'età, col presentarsi della mestruazione, collo stabilirsi dei rapporti sessuali e il sopravvenire delle gravidanze, dei parti, dei puerperi e della menopausa compare e mano a mano va aumentando, nella compagine minuta della tonaca intima anche il tessuto connettivo. Balin, d'altra parte, in un suo studio sui vasi dell'utero puerperale ha dimostrato che una parte di essi decorrente nello spessore delle pareti dell'organo si oblitera, dopo il parto, per proliferazione connettivale dell'intima: che nei vasi così obliterati anche la tonaca media si distrugge per la degenerazione grassa dei suoi elementi, e che il processo di obliterazione richiede, per compiersi, uno spazio di parecchi mesi. Ora, se già in condizioni fisiologiche le arterie dell'utero vanno incontro a così profonde variazioni di struttura, si capisce come in una donna di età piuttosto avanzata, che aveva partorito più volte, che offriva tante e così gravi alterazioni del sistema circolatorio centrale, esse dovessero risentirne una speciale influenza, di esserne così profondamente alterate da condurre all'infarto.

Però l'infarto dell'utero, contrariamente a quanto si dovrebbe pensare dopo le accennate considerazioni, è un fatto *rarissimo:* e la rarità dipende, in parte, da ciò che esso facilmente sfugge alla ricerca anatomo-patologica, ma sopratutto dai

reciproci rapporti della circolazione uterina, dalle numerose origini delle arterie che vanno all'utero e dalle loro anastomosi. Dove queste condizioni sono meno favorevoli, cioè *nel collo*, avremo un vero luogo d'elezione di simili processi, come appunto avvenne anche nel caso dell'A.

Questi compendia nel modo seguente i risultati delle sue osservazioni:

1.° L'infarto emorragico dell'utero si presenta straordinariamente di rado e può essere causato o da trombosi o da embolismo dei vasi dell'organo.

2.° La bilateralità, la contemporaneità e la rapidità del formarsi dell'occlusione vasale sono condizioni indispensabili all'insorgenza dell'infarto.

3.° Le alterazioni dei vasi dell'utero *post partum*, specialmente se riguardano il *collo* possono rappresentare un'importante causa predisponente.

4.° La *forma anulare* dell'infarto emorragico dell'utero è dovuta alla distribuzione circolare dei vasi.

5.° Il collo è il luogo di predilezione di tale accidente morboso.

6.° L'intensità del processo e il consecutivo sviluppo di altre alterazioni sono in rapporto col grado della restrizione e dell'occlusione subìta dai vasi.

Dopo tali importanti osservazioni cliniche l'A. espone i risultati di alcune sue ricerche sperimentali intese a determinare il grado e la natura delle alterazioni che insorgono negli organi genitali femminili degli animali, cui sieno stati legati in numero maggiore o minore, i vasi sanguigni afferenti di tali organi. Sperimentò nelle cagne, al cui proposito perchè si possa intendere la terminologia usata, è da notare che le *arterie uterine* provengono da diramazioni delle *arterie ombellicali* e che esse si anastomizzano colle *arterie spermatiche interne* (corrispondenti all'utero-ovarica della donna). Dopo ciò, ecco i risultati delle esperienze:

1.° La legatura di entrambe le arterie ombellicali, quella di entrambi i rami viscerali delle arterie ipogastriche, quella dell'aorta addominale fra le origini delle femorali e delle ipogastriche e la legatura di entrambe le arterie spermatiche interne, suscitano nell'utero delle cagne disturbi circolatori che però non vanno fino all'infarto emorragico.

2.° Le alterazioni si verificano tanto nel territorio delle arterie che in quello delle vene, ma specialmente in quello delle ultime, e consistono nello stravaso sanguigno di vario grado e nell'edema della mucosa uterina.

3.° I disturbi circolatori possono limitarsi all'utero o estendersi alle vene, all'uretra, al retto.

4.° L'intensità e l'estensione delle alterazioni è in diretto rapporto col numero dei rami arteriosi sottratti alla circolazione.

5.° Gli organi del bacino posseggono in alto grado la facoltà di compensazione vicaria, di fronte a turbamenti circolatori apportati loro dalla sottrazione di vasi arteriosi.

Dott. L. Villa.

Dott. VIQUERAT, in Moudon (Schweiz). — **Das Staphylokokkenheilserum** *(La sieroterapia contro le infezioni da staphylococco). — Zeitschrift für Hygiene,* XVIII Bd., III H.

L'A. ha incominciato la serie delle sue ricerche nell'uomo stesso, evacuando il pus di ascessi determinati dallo *Staphylococcus pyogenes aureus* ed inoculando al posto di esso una soluzione all'uno per mille di tricloruro di jodio. Ripeteva l'inoculazione parecchie volte, e a un certo punto otteneva al posto del pus primitivo una sierosità limpida, la quale, estratta, mostrava proprietà immunizzanti contro gli staphylococchi, tanto negli animali che nell'uomo. Anche lo siero del sangue tolto ad ammalati trattati nel modo sopra accennato mostrava tali proprietà che furono dall'A. utilissimamente adoperate per ottenere la guarigione di gravi processi osteomielitici. Ma poichè lo siero ottenuto dall'uomo era sempre in assai scarsa quantità, il Viquerat si volse ad immunizzare animali, e le sue ricerche in proposito sono compendiate dalle seguenti conclusioni:

La sieroterapia contro le infezioni da staphylococci è, per l'A., un fatto certamente acquisito.

Il metodo migliore per ottenere un siero molto efficace è quello stesso usato da Behring contro la difterite.

La capra è l'animale che fisiologicamente ed economicamente meglio si presta allo scopo.

Nei tentativi d'immunizzazione fatti non si riconobbe alla fagocitosi alcuna utile funzione.

La sieroterapia contro le infezioni da staphylococchi agisce in quanto annulla il potere tossico dei prodotti del ricambio bacterico.

Intorno al valore di tali conclusioni non si può ancora pronunciare un giudizio: però abbiamo ricordato il lavoro del Viquerat per la frequenza con cui possono presentarci nel campo ostetrico-ginecologico le infezioni da staphylococchi.

Dott. L. Villa.

Dott. L. HEDDERICH. — **Ein neues Haemostaticum Ferripyrin** *(Di un nuovo emostatico, la « ferripirina. »)* — Dalla *Münch. Medicin. Woch.,* Anno 1895, N. 1, pag. 10.

La *ferripirina,* preparata dal dott. Witkowsky di Francoforte sul Meno, è una polvere fine, di un bel *colore rosso-orange, facilmente solubile* nell'acqua fredda,

cui comunica una tinta rosso-bruna. Avrebbe la formola: $Fe^2 Cl_6 . 3 (C^{11} H^{12} N^2 O)$, è quindi un composto doppio di percloruro di ferro e antipirina.

Il *modo* di usarla è quello medesimo del percloruro di ferro. L'A. lo adopera solitamente in soluzione acquosa al 18-20 %, imbevendone tamponi che applica sulle superfici e nelle cavità sanguinolenti. Però può anche impiegarsi sotto forma di polvere: l'A. crede anzi che questo modo di applicazione abbia qualche vantaggio sugli altri: egli non ha ancora esperimentato le irrigazioni con soluzioni attenuate.

Anche le *indicazioni* sono essenzialmente quelle del percloruro di ferro. Per *uso interno* il Witkowsky indica la dose media, negli adulti, di gr. 0,05 (con oleosaccarato di menta): forse, per effetto di tale dose relativamente elevata (in confronto col percloruro di ferro) si potrebbe sperarne un utile impiego contro le emorragie gastriche. Potrebbesi infine trarre profitto dalle proprietà astringenti del rimedio proposto. e già il Witkowsky lo indicò nella cura della gonorrea (soluzioni all'1-1 $^1/_2$ %).

È messo in commercio dalla casa Höchst, che ne manda campioni ai medici e alle cliniche che intendono sperimentarlo.

L'Hedderich non parla delle applicazioni all'ostetricia, ma è chiaro che anche queste dovrebbero essere prese in considerazione. Dott. L. Villa.

V. PREUSCHEN. — **Zur Diagnose und operativen Behandlung grosser Ovarielgeschwülst** *(Contributo alla diagnosi e al trattamento chirurgico dei voluminosi tumori ovarici).* — Società Medica di Greifswald, Seduta del 1.° Dicembre 1894 (dal resoconto originale dato dalla *Münch. medic. Wochensch.*, anno 1895, N. 1.

Il conferenziere, prendendo occasione da un cistoma ovarico di straordinarie dimensioni da lui operato, discorre dei mezzi fino a qui adoperati per la diagnosi di tali tumori (ispezione, palpazione, percussione, sondaggio dell'utero). Oggidì essi non bastano più: ora si deve sempre ricercare il rapporto fra tumore e utero (metodo di Schultze ed Hegar). Ma ciò non riuscì, coi mezzi comuni, allo Preuschen, stante l'enorme volume del tumore: messa la donna nella posizione di Trendelenburg, afferrato l'utero con una pinza di Muzeux, e introdotto un dito nel retto, il dito non riusciva a tasteggiare alcun cordone teso fra l'utero e il tumore. Invece, *messo l'utero in esagerata antiflessione,* aumentando così la distanza fra il suo fondo e la base del tumore, si potè, con uno dei due diti introdotti nel retto, sentire evidentemente un cordone teso fra le due tumescenze.

Il conferenziere espose in seguito la tecnica operatoria da lui usata pei cistomi, tutta rivolta a semplificare i comuni processi. Col campo operatorio e cogli

strumenti non hanno contatto che l'operatore e un solo assistente: l'infermiera non viene mai a contatto con chi è direttamente adibito all'operazione, perchè da essa, ignorante della vera essenza dell'antisepsi, possono derivare continui pericoli. Egli mostrò dettagliatamente in che modo durante l'operazione tiene il materiale di sutura entro le stesse provette aperte, che servirono antecedentemente alla sterilizzazione di esso, e come gli riesce di levarne da solo i fili. Ha sperimentato tali disposizioni in 32 laparotomie, nelle quali ebbe un solo decesso, in terza settimana e non per sepsi. Dott. L. Villa.

E. FRAENKEL. — **Ueber Corpus luteum Cysten** *(Sulle cisti dei corpi lutei).* — *Arch. f. Gyn.*, 48 Bd., 1.° H., 1894, con 6 figure.

Sussidiato da quattro osservazioni cliniche e dai preparati ottenuti mercè la laparotomia, l'A. tratta la patologia delle cisti dei corpi lutei. Esse hanno di caratteristico la pieghettatura della superficie interna delle loro pareti, il colore giallo bruno di essa, la consistenza siropposa e la tinta nerastra del contenuto. L'eziologia è ancora oscura. Nei casi studiati dall'A. tali cisti, che devono essere considerate come vere neoplasie, a causa del loro volume, della loro posizione, della rapidità dello sviluppo e dei dolori che suscitavano nell'ammalata, indicavano in modo assoluto l'intervento operativo. Dott. L. Villa.

L. PICK. — **Zur Histiogenese und Classification der Gebärmuttersarkome** *(Contributo all' istogenesi e alla classificazione dei sarcomi dell'utero).* — *Arch. f. Gyn.*, 48 Bd., 1 H., 1894, con 4 figure.

L'A. comunica innanzi tutto un caso clinico nel quale il reperto istologico mostrò trattarsi di una trasformazione mixosarcomatosa di un mioma puro, a sviluppo interstiziale, del fondo dell'utero. La trasformazione è dovuta evidentemente alla metaplasia delle fibrocellule muscolari liscie. Contemporaneamente si notavano anche una massa a grappolo vegetante nella cavità uterina e nodi sarcomatosi metastatici multipli innicchiati nella tunica muscolare. In seguito l'A. discute sulla natura sarcomatosa idropica del così detto *sarcoma botrioides,* e discute se anche il sarcoma del corpo dell'utero, che presentasi coi caratteri da lui descritti, debba essere riferita alla forma tipica di sarcoma a grappolo osservati nella vagina e nel collo uterino. Secondo lui i sarcomi a forma acinosa nati dal corpo assomiglierebbero a questi ultimi soltanto per caratteri esterni, epperò ne andrebbero nettamente distinti. Per quanto si sa fino ad ora *essi deriverebbero,* invece (giova il ripeterlo), *da una diretta metaplasia delle fibrocellule muscolari liscie.* Dott. L. Villa.

L. FRAENKEL. — **Das von dem Epithel der Chorionzotten ausgehende Carcinom des Uterus (nach Blasenmole)** *(Sul carcinoma dell' utero derivante dall' epitelio dei villi coriali in seguito a mola vescicolare).* — *Arch. f. Gyn.,* 48 Bd., 1 H., 1894, con figure.

A una donna di 25 anni affetta da mola vescicolare si fece la estrazione digitale dei residui di essa. Quasi due anni dopo la donna si ripresentava alla clinica di Greifswald per un tumore che occupava la metà destra della cavità pelvica — laparotomia, escisione del tumore e dell' utero, rapida recidiva, morte per esaurimento circa 10 settimane dopo. L'autopsia, eseguita solo parzialmente, mise in evidenza numerose metastasi nel piccolo bacino e nella milza. Il reperto istologico mostrò trattarsi di un carcinoma primitivo dell'utero, il quale aveva trovato il suo punto di partenza nell'epitelio dei villi coriali. L'A., infine, paragona il tumore da lui studiato colle altre neoplasie che hanno con esso comunità di origine (polipi placentari desostruenti, mole vescicolari, sarcomi deciduo-cellulari, sarcomi mixomatosi, ecc.).

Dott. L. Villa.

HERMES. — **Ueber die Erfolge der Castration bei Myomen** *(Esiti della castrazione per miomi).* — *Arch. f. Gyn*, 48 Bd., 1 H., 1894.

68 casi di castrazione per miomi (materiale operatorio di Fehling e Kaltenbach) formano la base di questo lavoro. Si ebbe esito letale in 4 casi. Nel 78,4 % dei casi sopravvenne la menopausa, nel 17,6 % persistettero emorragie irregolari, nel 4 % emorragie periodiche. Nel 96 % dei casi si ebbe la riduzione della massa del tumore: nel 4 % uno sviluppo ulteriore di esso: *sembra che la castrazione non basti contro i miomi sottomucosi, epperò questi devono essere esclusi da tale trattamento.* Invece *sono influenzati da esso i miomi interstiziali,* anche di tal volume da arrivare alla cicatrice ombellicale. Inoltre può dirsi, in generale, che alla castrazione si deve ricorrere solo quando essa possa eseguirsi in modo completo, il che non può essere stabilito che dopo l'apertura della cavità addominale. Il rimprovero che si muove alla castrazione, che essa *mutili* la donna, è ingiusto, perchè col mioma coesistono nella massima parte dei casi anche lesioni delle tube e delle ovaie. Contro le emorragie atipiche che così spesso sopravvengono nel primo mese in seguito alla castrazione è specialmente efficace l'ergotina.

Dott. L. Villa.

APFELSTED. — **Zur operationen Behandlung der Myome wärend der Schwangerschaft und Geburt** *(Contributo al trattamento operativo dei miomi durante la gravidanza e il parto).* — *Arch. f. Gyn.,* 48 Bd., 1 H., 1894.

Se fibromi voluminosi e profondamente situati nella cavità della pelvi vengono constatati *durante la gravidanza,* è precetto generale di mantenersi dapprincipio nell'aspettativa. Poichè, anche astraendo dal fatto che non di rado l'utero nel suo successivo sviluppo trae con sè il tumore fuori della piccola pelvi e lo porta in una posizione elevata, i tentativi operatori fatti sino a qui, l'aborto, la miotomia, l'amputazione sopravaginale, hanno dato risultati poco confortanti. (La miomotomia il 18,8 % di mortalità per le madri, il 53,1 % pei feti: l'amputazione sopravaginale una mortalità del 30 % per le madri, del 100 % pei feti).

Se la complicanza del mioma viene avvertita solo *durante il parto,* anche qui bisogna anzitutto mantenersi sull'aspettativa, però non spinta oltre il bisogno. Quando proprio si presuma che il parto non possa andare a termine spontaneamente, quando sieno falliti i tentativi di rimuovere il tumore dalla filiera pelvica, quando un più semplice atto operativo (enucleazione attraverso la volta vaginale) non sia stata bastante e si debba proprio ricorrere al taglio cesareo, allora deve preferirsi il metodo Porro al metodo classico. Naturalmente esso dà esiti migliori se intrapreso all'inizio del parto.

Il lavoro diligente dell'A. comprende anche una storia clinica e una ricca bibliografia dell'argomento. Dott. L. Villa.

M. FRANK. — **Ueber den Werth der einzelnen Reifezeichen der Neugeborenen.** *(Del valore di alcuni segni in rapporto alla diagnosi di maturità dei neonati).* — *Arch. f. Gyn.,* 48 Bd., 1 H., 1894.

L'A. nota anzitutto che i concetti inclusi nelle due espressioni: « *feto maturo* » e « *feto a termine* » vanno ben distinti fra loro: l'uno si riferisce allo sviluppo, l'altro all'età. Passa poi in rassegna alcuni dati importanti che attestano la maturità, la lunghezza e il peso del feto (segni entrambi di gran valore, specialmente il primo): il volume della testa; in seconda linea verrebbero temperatura propria del feto, la presenza della lanuggine, lo sviluppo delle unghie e dei genitali — da ultimo, come segni privi di ogni valore, il livello dell'inserzione ombellicale, il peso della placenta, le proprietà del sangue, le dimensioni della fontanella anteriore.

Un nuovo dato importante che depone per la maturità del feto sarebbe, secondo l'A., *il prevalere della circonferenza delle spalle sulla circonferenza cranica massima misurata in un piano orizzontale.* Del resto, nessuno dei caratteri sopra accennati, preso per sè solo, può autorizzarci a formulare un giudizio: va tenuto conto di tutti e anche dell'impressione generale che l'ostetrico esercitato ritrae dalla vista del feto.

Dott. L. Villa.

K. HEIL. — **Ein fall von angeborenem Prolapsus uteri et vaginae incompletus** *(Un caso di prolasso « congenito » incompleto dell'utero e della vagina).* — *Arch. f. Gyn.,* 48 Bd., 1 H., 1884, con 3 figure.

Accanto all'anomalia indicata nel titolo della comunicazione, coesistevano altri vizi di prima formazione: spina bifida, piede varo sinistro, piede valgo destro, ecc. Sino ad oggi si conoscono soli tre casi siffatti: in tutti esisteva la spina bifida. L'A. considera quest'ultima come causa indiretta del prolasso congenito e il mancato sviluppo di alcuni organi pelvici, determinato dalla spina bifida, come causa immediata.

Dott. L. Villa.

SIMON. — **Zwei Missbildungen** *(Due vizii di prima formazione).* — *Centralb. f. Gyn.,* 1894, N. 51.

Il primo dei due casi si riferisce ad un' operazione di *Uterus didelphys.* La donna rimase gravida sette volte, alternativamente nelle due cavità uterine. L'anomalia cadde accidentalmente sotto l'osservazione del ginecologo (ectropion dell'orificio esterno, briglie cicatriziali periuterine, ecc.). Non esistevano altre anomalie.

Nel secondo caso trattavasi di una donna di 29 anni affetta da *Defectus vaginae:* utero un po' piccolo, genitali interni abbastanza bene sviluppati: ogni quattro settimane *molimen mestruum* doloroso, però senza abolizione delle mestruazioni. I tentativi fatti per stabilire una vagina artificiale rimasero vani, come poteva prevedersi per molte prove già fatte prima. La dilatazione dell' orificio uretrale, che in tali casi suol esistere, è per lo più spiegato come un effetto dei ripetuti tentativi di coabitazione: forse invece l'origine di tale fatto dovrebbe piuttosto essere spiegata dalla storia dello sviluppo dei genitali.

Dott. L. Villa.

RETTIFICA

E. F. FABBRI. — **Sull'uso dei pessari, ecc.**

Nel numero di Dicembre 1894 di questo periodico fra i sunti delle comunicazioni fatte alla Società italiana di Ostetricia e Ginecologia vi è un sunto di ciò che io dissi intorno ai pessari nelle retrodeviazioni. Ringrazio il relatore dell'avere trovato interessante la mia comunicazione e dell'essersi perciò, come egli dice. proposto di darne un largo sunto; ma leggendolo mi sono persuaso che la fretta, la quale in siffatte circostanze dà l'intonazione al discorso e obbliga i relatori a lavorìo che avrebbe del portentoso se riuscisse a bene, questa fretta, dico, ha reso quel sunto in complesso poco fedele. E a mo' d'esempio il vuotarsi della vescica può aumentare non indurre una retroversione e l'aumenta quando la vescica riempiendosi aveva alquanto sollevato dalla profonda retroversione il corpo uterino. La ipertrofia della parete posteriore del corpo può simulare non retroversione ma retroflessione, simulazione che ancor più si accentua se vi è ipertrofia ed ectropio del labbro posteriore.

Dissi che forse spesso non *sempre* dopo la vagino-fissazione si converte la retroversione ordinaria in un'antiflessione con retroversione.

Nè osai certo d'asserire che *tutti i casi* descritti come parziale retroversione di utero gravido fossero casi di retroversione con antiflessione; ritengo solo che osservando superficialmente lo scambio possa accadere; il trovare l'angolo fra collo e corpo aperto all'innanzi dimostra la gravidanza in utero retroverso antiflesso; del qual fatto dissi di possedere un esempio.

Quanto all'età senile dissi di non doversi nè potersi correggere la retrodeviazione dell'utero senilmente atrofico e flacidissimo; ma che non di rado era d'uopo usar di acconcio pessario contro il cistocele senile; rivolgendo però le cure (specialmente ove si applichi il pessario) al catarro senile. E riguardo a questa cura soggiunsi avere io da tempo notato che il catarro senile dà reazione alcalina e avere perciò usato soluzioni di acidi leggeri vegetali; ma che dopo la scoperta del bacillo Doderlein avevo impreso qualche osservazione batteriologica e trovato in alcuni casi di catarro senile mancanza assoluta dei detti bacilli; che nel mio Istituto avevo fatte iniziare osservazioni e culture in questo senso e che intanto dal lato pratico po-

tevo assicurare che si erano più volte mostrate utilissime iniezioni con acido lattico allungatissimo, con soluzione di glucosio o di zucchero di canna fatta in vagina e *non nell'utero,* perchè nell'utero senile sarebbe spesso imprudenza il penetrare con una sonda, e spesso tale bisogna è impossibile per la stenosi o l'atresia del collo.

Non parlo delle mende del sunto relativamente ai *processi di riduzione* che io minutamente descrissi cogli artifici da me usati nell'intento di dimostrare come *si possa e si debba quasi sempre fare a meno della anestesia generale* consigliata ai giovani dal Fritsch e *non da me.*

Nè accenno alle mende nella parte del sunto che tratta della scelta del pessario.

Ripeto solo che la difficoltà più frequente che si oppone all'efficacia dei pessari è la eccessiva lunghezza della parete posteriore e che in genere si vince questa difficoltà incurvando assai il becco posteriore del pessario.

BIBLIOGRAFIA

Dott. PAUL STRASSMANN (Berlino). — **Anleitung zur aseptischen Geburtshülfe** *(Guida all'asepsi ostetrica).* — Berlino, ed. S. Karger, 1895.

Il libro è dedicato al prof. Gusserow; è redatto in dodici capitoli e si legge molto volontieri perchè chiaro, ordinato e conciso. Si svolge intorno al concetto fondamentale che l'asepsi in ostetricia consiste nel dirigere e assistere il parto in modo da non aversi febbre.

Prende in considerazione prima di tutto l'asepsi di chi assiste il parto, poi quella degli istrumenti, degli oggetti di lavatura, del materiale di sutura, delle medicazioni e del letto. Indi passa alla profilassi della gravidanza e alla preparazione della donna al parto. È notevole quivi il capitolo dove dimostra come sia ben intesa la *profilassi della sepsi, dovuta alla disposizione naturale delle parti genitali femminili e all'andamento del parto normale;* è una serie di osservazioni piene di acume, una serie di circostanze rilevate molto a proposito, per dimostrare la tesi che domina il libro dell'Autore, che cioè nel parto normale basta *non guastare* con illogici interventi l'andamento di esso, per avere i migliori risultati.

Lo Strassmann, seguendo il Leopold, limita molto l'esplorazione vaginale sostituendovi un accurato palpamento esterno, e dà un gran valore a tutte le manovre esterne che possono risparmiare un intervento nell'interno dei genitali. Discute largamente la questione delle lavature vaginali cui è contrario, portandovi a contributo i più recenti studii bacteriologici sulle secrezioni vaginali ed uterine. Vorrebbe abolito l'uso degli antisettici nei genitali femminili, e a tutti i liquidi di lavatura *(ove ne occorra),* preferisce la soluzione di soda in acqua bollita all'uno per cento (Sänger). Dopo aver esposte le varie indicazioni degli atti operativi oste-

trici in generale, e per ogni singola operazione in particolare, tratteggia, seguendo il concetto fondamentale suesposto, l'asepsi del secondamento, del puerperio e del neonato. Il libro contiene parecchie figure sul modo di praticare il palpamento addominale, e buoni schemi ad uso degli studenti per disegnare i reperti dell'esame ostetrico.

CIOJA.

Dott. ROB. ZIEGENSPECK (Monaco). — **Anleitung zur Massagebehandlung (Thure Brand) bei Frauenleiden** *(Guida alla cura delle malattie delle donne col massaggio alla Thure Brand).* — Berlino, S. Karger, 1895.

Vi sono ancora molti medici i quali credono che questa del massaggio in ginecologia sia una questione di moda o di reclame, qualche cosa come una ginecologia industriale, e chiedono ancora oggidì ai ginecologi *se questa forma di terapia esista ancora.* I successi veri e reali citati dall'autore sono una nuova conferma della vitalità benefica di questo metodo di cura. Se vi è un punto debole nell'efficacia della cura del massaggio questo deve avere la sua ragione di essere nel fatto che bisogna saper fissare e trovare il *momento opportuno* per istituire la cura del massaggio; e questo libro dello Ziegenspeck, io credo che sia stato scritto specialmente pei medici pratici che sono precisamente nella miglior posizione per poter applicare al momento voluto la suddetta cura, molto meglio di quello, che non lo sia un competente od uno specialista che vede le pazienti per lo più a cose inoltrate. Che il massaggio possa venir applicato dal medico pratico, l'autore ce ne dà piena assicurazione, e noi lo crediamo, dal momento che l'istruzione degli studenti nella branca ginecologica va sempre più perfezionandosi anche da noi, e quindi anche il medico pratico può istituire a tempo debito una diagnosi precisa quale è richiesta per correggere e curare le malattie di questo genere.

In generale i metodi adoperati dallo Ziegenspeck hanno per base quelli notissimi e già tanto bene illustrati di Thure Brand. Una parte del libro dello Ziegenspeck mi pare però degnissima di nota, ed è quella che riguarda le infiammazioni croniche del peritoneo pelvico e del connettivo circumambiente. Tanto la parte letteraria quanto la diagnostica e terapeutica è trattata quivi in modo specialmente accurato.

Un altro merito del libro in discorso, è quello non solo di precisare le controindicazioni al massaggio, ma di assegnare giudiziosamente al massaggio dei genitali, i limiti dovuti, facendo bensì risaltare i suoi meriti, ma togliendo alla sua giurisdizione forme morbose che si curano notoriamente molto meglio in altro modo, come per esempio la cistite e alcune metrorragie, per non dire di alcune forme uterine neoplastiche che talvolta collo scusa del massaggio diventano inoperabili. Un altro pregio poi di questo lavoro è certamente quello di trattare accuratamente la patologia delle singole forme morbose cui viene applicato il massaggio, di modo che risulta anche un ottimo manualetto di ginecologia.

CIOJA.

NECROLOGIO

ALESSANDRO CUZZI.

Colla morte di Alessandro Cuzzi scompare uno dei più illustri ostetrici italiani, certo il più dotto. È incredibile il lavoro da lui compiuto. Colpito da cinque anni da una malattia dolorosa angosciosa che fiacca i più forti, pareva ne ritraesse stimolo ed incentivo al lavoro. Di lui si può veramente ripetere le parole che Cicerone mette in bocca a Catone nel dialogo *De senectute:* « Per breve che sia la vita è sempre lunga abbastanza per chi sa vivere bene. » E la vita egli consacrò interamente alla scienza, e gli fu perciò possibile produrre una così ingente mole di memorie e di lavori ed aumentare tanto il lustro di una scuola che pur ne aveva uno già così grande, che quando si pensa all'opera da lui compiuta, di clinico, di scienziato, di maestro, al fatto che allievi usciti dalla sua scuola furono già da parecchi anni innalzati all'onore della cattedra, ci si presenta l'immagine di una persona che avesse percorso una lunga carriera vitale. E la morte lo rapì invece alla scienza, all'insegnamento a soli 45 anni! Dal giorno della laurea al giorno della morte il suo nome è nel libro d'oro dell'ostetricia italiana. Assistente della clinica ostetrica di Parma, pochi mesi dopo la laurea, indi assistente in quella di Torino del prof. Tibone, successivamente in quella di Milano del prof. Chiara, professore a Novara, a Modena, a Catania, sale nel 1883, all'età di 34 anni, sulla cattedra Pavese, dove più rifulge il suo nome. È qui che si compie il suo periodo più glorioso, è qui ohimè che trascorsero anche i giorni suoi più tristi quando, negli ultimi anni, sorretto da una fede indomabile nel lavoro, col corpo affranto dal male e dal dolore, ma collo spirito non domo, sempre vigile, sempre alacre, eleva a sè ed all'ostetricia italiana un monumento insigne di dottrina, il suo « Trattato di ostetricia e ginecologia » che egli ha quasi compiuto, nella sua prima parte, fra gli spasimi di un'atroce malattia, pur non avendo la compiacenza di vederlo intieramente pubblicato. In questo giornale che egli contribuì a fondare, è, più che giusto, doveroso il presentarlo nell'opera da lui compiuta: ciò varrà meglio di qualunque altra parola a porre luminosamente in rilievo la sua dotta e geniale figura.

---

1. « Del forcipe. » Studio storico, critico e sperimentale. Tesi di concorso, Torino, 1875.
2. « Bacino piatto, vertice allo stretto superiore, ecc. » *Gazzetta delle Cliniche,* Torino, 1876.
3. « Concetto del parto, ecbolici ed oxitocici, la segale cornuta e l'acido fosforico in ostetricia. » *Gazzetta delle Cliniche,* 1876.

4. « Accusa di infanticidio e relazione di perizia. » *Indipendente*, Torino, 1876.
5. « Ostetricia legale. » Contribuzione alla dottrina dell' infanticidio. *L'Osservatore, Gazzetta delle Cliniche*, 1877.
6. « Sul forcipe Guyon. Studio clinico e sperimentale. » *L'Indipendente*, 1878.
7. « Sulla ostetricia sperimentale; prelezione al corso libero. » *L' Indipendente, Gazzetta Medica di Torino*, 1878.
8. « Contributo allo studio ostetrico del cloridrato di pilocarpina. » *Gazzetta delle Cliniche*, 1878.
9. « Sul cranioclasta: studi ed esperienze. » *L'Indipendente*, Torino, 1878.
10. « Semeiologia delle malattie dell'infanzia. » *Gazzetta delle Cliniche*, 1878.
11. « Contribuzione allo studio del metodo antisettico in ostetricia. » *Gazzetta delle Cliniche*, 1878.
12. « Due nuovi fatti clinici sull' uso del cloridrato di pilocarpina per provocare il parto prematuro. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1879.
13. « Le ecchimosi sottopleuriche e sottopericardiche del feto e del neonato, dal punto di vista medico-legale. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1879.
14. « Il materiale infettante e la profilassi antisettica nella partoriente e nella puerpera. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Giugno 1879.
15. « Ricerche di cromocitometria e termometria ostetrica. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1880.
16. « Forcipe e rivolgimento nel bacino ovalare obliquo: nota sperimentale. » *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*, 1881.
17. « La durata dell'emorragia mestrua in rapporto collo sviluppo del feto e colla gravidanza multipla. » *Rivista Clinica di Bologna*, 1882.
18. « Il forcipe Tarnier allo stretto superiore ed il pelvigoniometro. » *Rivista Clinica*, 1882.
19. Cuzzi e Bertè. « Contributo allo studio dell'ovaio in gravidanza. » *Rivista Clinica di Bologna*, 1883.
20. « Del forcipe » articolo nella *Enciclopedia Medica*, Vallardi, 1883.
21. « Il cranioclaste del Braun e la inclinazione della base craniana nelle gravi viziature del bacino. » *Letture*, Vallardi, serie 3.ª, 1883.
22. « Il mio programma. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1883.
23. « Un caso di castrazione per fibromioma uterino. » *Gazzetta Medica di Torino*, 1886.
24. « I primi 79 giorni della Guardia Ostetrica di Milano. » D. Pozzi, 1887.
25. « Contributo allo studio della tromba di Falloppio durante la gravidanza. » *Il Morgagni*, 1887.
26. « La Clinica Ostetrica Ginecologica di Pavia nel triennio 1883-86. » *Gazzetta degli Ospedali*, 1887, N. 30-31.
27. « Un po' di rendiconto della Clinica Ostetrica di Pavia nell' anno scolastico 1886-87. » *Gazzetta degli Ospedali*, 1888, N. 1, 2, 3.
28. « Sull'azione meccanica dei pessari. » *Morgagni*, Ottobre 1888.
29. « Risultati prossimi e remoti in tre casi di castrazione. » *Bollettino della Poliambulanza di Milano*, 1888.
30. « Un nuovo metodo operativo per la cura del prolasso completo irriducibile dell'utero. » *Gazzetta degli Ospedali*, 1888, N. 18.
31. Cuzzi e Cioja. « Dell'ovariotomia. » *Enciclopedia Medica*, Vallardi, 1889.

32. Articolo: « Ginecologia. » *Enciclopedia Medica,* Vallardi, 1889.
33. « Fisiologia, anatomia e patologia dell'ovario. » *Enciclop. Med.,* Vallardi, 1890.
34. « Un caso di laparomiomotomia con affondamento del peduncolo trattato col laccio elastico. » *Rivista di Ostetricia e Ginecologia,* 1890.
35. « Un caso di isteropexis per retroflessione. » *Rivista di Ostetricia e Ginecologia,* 1890.
36. « Il laccio elastico nel trattamento intraperitoneale del peduncolo nelle laparomiomotomie. » *Studii di Ostetricia e Ginecologia,* Milano, Rebeschini, 1890.
37. « Patogenesi e profilassi della febbre puerperale. » *Letture,* Vallardi, Milano, 1891.
38. « Guida delle levatrici » colla revisione di Tibone e Morisani, Torino, 1892.
39. Cuzzi e Resinelli. « Risultati prossimi e remoti della raschio-amputazione dell'utero. » *Gazzetta Medica di Pavia,* 1892.
40. Cuzzi e Resinelli. « Contribuzione allo studio dell'azione della corrente costante nella cura dei fibromi uterini. » *Gazzetta Medica di Pavia,* 1892.
41. « Dieci anni dopo. »
42. Articolo: « Gravidanza » nella *Enciclopedia Medica,* Vallardi, 1892-93.
43. « La fisiologia del primo anno di vita. » Trieste, 1893.
44. « Su di un mostro doppio eteradelfo. » *Gazzetta degli Ospedali,* 1893, N. 39.
45. « L'igiene della partoriente. » Milano, F. Vallardi.
46. « Note al trattato di medicina di Charcot, Bouchard e Brissaud » traduzione italiana. Unione Tip. Torinese.
47. Cuzzi e Resinelli. « Del prolasso della mucosa dell' uretra femminile. » *Morgagni,* 1894.
48. « Manuale di Ostetricia per le Levatrici. » Milano, Vallardi (in corso di stampa la 4.ª edizione).
49. « Trattato di Ostetricia e Ginecologia » in corso di stampa.
50. Articolo: « Utero » nell'*Enciclopedia Medica,* Vallardi, in corso di stampa.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVII. Febbraio 1895. Num. 2.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

25 MAR 95

Sulla rapidità di riproduzione della mucosa dell'utero nella donna
DOPO IL RASCHIAMENTO

PEL
Prof. L. M. BOSSI
Libero Docente di Ostetr. e Ginec. all' Università di Genova.
Direttore della R. Scuola di Ostetricia di Novara.

Che la mucosa dell' utero, in seguito a raschiamento per lesioni di essa, si riproduca in condizioni normali divenendo atta ad albergare il prodotto della fecondazione, era ed è ampiamente provato dall' esperienza clinica.

Quanto tempo poi impieghi l' endométrio, dietro il raschiamento, a riprodursi divenendo atto allo sviluppo del prodotto del concepimento, non è in modo assoluto stabilito per la donna. Negli esperimenti ch' io feci nel Gabinetto di Patologia generale del prof. Griffini sulla riproduzione della mucosa dell' utero (1) nelle cagne, avevo riscontrato che esistono i primitivi abbozzi ghiandolari verso i bordi della soluzione di continuo e in piccolo numero dal 15.° al 23.° giorno dopo l'asportazione della mucosa; però non producendosi essi contemporaneamente, ma in tempi successivi, poichè si ripete il processo di formazione anche nei tratti di epitelio di rivestimento frapposto a tuboli che hanno raggiunto un grado di sviluppo abbastanza avanzato, così mi è occorso di osservare

(1) Istituto di Patologia Generale dell' Università di Genova, diretto dal prof. Griffini. « Sulla riproduzione della mucosa dell'utero. » Studio sperimentale del dott. Bossi, 1891. Tip. Sordo-Muti. — *Riforma Medica*, 1891. — *Nouvelles Archives d'Obst. et Gyn.*, Paris, 1891. — *Archives Italiennes de Biologie*, prof. Mosso, 1891.

al 31.° giorno varii stadi di sviluppo degli abbozzi e dei tuboli ghiandolari in punti vicini di una stessa sezione.

Più tardi, sempre negli esperimenti fatti sulle cagne, in stadii di 40, 53 e 71 giorni dopo raschiata completamente la mucosa, il numero dei tuboli ghiandolari lunghi e contorti di neoformazione è abbastanza numeroso, e dai tratti di epitelio interghiandolare si vedono qua e là partire tuboli più corti, ma anche tre mesi dopo praticata l' asportazione totale della mucosa uterina, il numero dei tuboli ghiandolari esistenti è alquanto inferiore al normale e la mucosa ancora costituita da un tessuto connettivo più giovane e ricco di cellule della normale, offre uno spessore alquanto inferiore a questa, per cui in corrispondenza della soluzione di continuo si ha una leggiera depressione.

In base a tali esperimenti conchiudevo:

1.° Che la mucosa del corpo uterino della cagna asportata su larghi tratti ed in tutto il suo spessore, si riproduce completamente, cioè anche colla produzione di vere ghiandole.

2.° Che la riproduzione avviene piuttosto lentamente, e talora, per circostanze non sicuramente determinate, subisce dei ritardi considerevoli.

Ciò mi risultava per rapporto alle cagne, nelle quali, uopo è notarlo, praticavo un'asportazione completa della mucosa aprendo l'utero, previa laparotomia, e raschiando direttamente con un bistorì la mucosa dalla parete uterina, che tenevo sollevata col polpastrello del dito.

Per rapporto alla donna, il Duvelius nella sua memoria « Zur henntniss der Uteruschlimhaut » (1), riportava gli esami di due casi in cui il Martin aveva fatta l'ablazione totale dell'utero per *metrorragie infrenabili* due e quattro mesi dopo il raschiamento dell'endometrio. L'osservazione istologica di tali due uteri aveva riscontrato che la mucosa uterina si era completamente riprodotta ma in condizioni patologiche. Delle modalità del processo di riproduzione, come io ebbi già ad osservare nella precedente mia pubblicazione, nessuna notizia ci dava. Evidentemente da queste due ricerche nulla si può rilevare per rapporto alla rapidità di riproduzione, poichè sono comunissimi i casi in che dopo

---

(1) *Zeitschrift für Geburt. und Gynaek.*, 1884, Bd. X, Heft 1.

due mesi dal raschiamento si avvera una gravidanza regolare e ciò tanto più dopo quattro mesi, e perchè d'altronde trattavasi di mucosa riprodottasi in istato patologico.

Mi interessava all'incontro conoscere *approssimativamente,* il tempo *minimum* che la mucosa uterina nella donna impiega a riprodursi completamente così da essere atta alla gravidanza, dopo il raschiamento. Ed a tale scopo seguii due vie, usai di due mezzi, sperimentale l'uno o d'osservazione diretta, clinico l'altro.

Mezzo sperimentale o d'osservazione diretta.

Nel Dicembre 1893 e nell'Aprile 1894 ebbi a praticare in due pazienti un *abbondante* e *profondo* raschiamento dell'endometrio, a cui, per fatti che preesistevano e per i quali pure avevo tentato questo atto operativo, dovetti fare dopo 25 giorni in una e 27 nell'altra l'ablazione totale dell'utero.

In una terza paziente il prof. Parona, Chirurgo Primario dell'Ospedale Maggiore di Novara, addiveniva agli stessi trattamenti nell'intervallo di 15 giorni e l'egregio collega, presenziando io l'isterectomia in detto Ospedale, me ne favoriva cortesemente i dati clinici nonchè il pezzo anatomico (Gennaio 1885), del che colgo l'occasione per ringraziarlo vivamente.

Nella prima paziente, certa R. M., d'anni 39, pluripara, esisteva endometrite cronica e salpingite destra.

Nella seconda, certa L. G., d'anni 41, esisteva pure endometrite cronica e salpingite bilaterale.

Il contenuto delle salpingi era per me incerto, ma dai molteplici sintomi fortemente sospettavo, come poi in realtà constatai, che fosse purulento.

Avanti giungere all'ablazione, come è mio sistema di chirurgia conservativa, sistema che mi diede già risultati assai felici risparmiando molte laparotomie, praticai il raschiamento dell'endometrio seguito dallo zaffamento della cavità, e ciò allo scopo, oltrecchè di guarire l'endometrio, di evacuare per via vagino-uterina il contenuto delle salpingi. L'esito in entrambe non corrispose, e, pur non avendo avuto alcuna conseguenza

dal raschiamento che avevo eseguito colla massima cautela, persistettero i gravi disturbi antecedenti provocati dalle salpingiti.

Mi decisi così ad asportare utero ed annessi per via vaginale.

Nella prima questo secondo atto operativo eseguii 25 giorni dopo il raschiamento, nella seconda 27 giorni dopo.

Macroscopicamente trovai nella prima la tromba di destra assai voluminosa e ripiena di pus, nella seconda entrambe le trombe voluminose e pure ripiene di pus; in entrambe poi gli sbocchi delle trombe nell'utero erano occlusi da tessuto cicatriziale di non recente data, da essudati vecchi esterni che per il tratto di circa un centimetro in una, due e due e mezzo nelle altre stenosavano nella parte interna le trombe. Da ciò la spiegazione dell'insuccesso avuto col primo atto operativo.

L'utero, macroscopicamente, si presentava in entrambe di forma regolare e di volume di poco superiore al normale.

Nulla di notevole trovai nè macroscopicamente nè microscopicamente nel parenchima delle pareti, che erano di spessore pressochè normale. L'esame attento della mucosa, rilevava in entrambi sia nel canale cervicale che nella cavità una superficie tutta liscia e regolare, notandosi qua e là solo qualche chiazza nerastra di sangue, e, esaminando molto attentamente con una lente di ingrandimento qualche striscia longitudinale, che forse avrebbe rappresentato le orme del cucchiaio raschiatore. Lo spessore della mucosa lungo tali striscie, paragonato coi tratti vicini a mezzo di incisioni trasverse, era invero d'alquanto inferiore.

In complesso però lo spessore della mucosa sia della cavità che del canale cervicale, osservato in varie sezioni, risultava in entrambi gli uteri di mm. 2 1|2 in corrispondenza di dette depressioni e di 3 e 3 1|2 mm. nelle altre parti.

L'*esame istologico* di parecchie sezioni della mucosa della cavità fatte in vario senso (i pezzi vennero trattati col liquido del Flemming modificato da Podwyssozky e colorati con saffranina), rivelava pressochè la stessa struttura in entrambi, e cioè: epitelio cilindrico di rivestimento regolare e completo; in tratti assai vicini l'uno all'altro piccole aperture o infondiboli rappresentanti lo sbocco di tuboli ghiandolari; tuboli ghiandolari assai numerosi di cui alcuni di recente formazione; dall'epitelio interghiandolare partono qua e là tuboli più corti. Tali tuboli si approfondano in mezzo ad uno strato connettivo costituito da fibre con-

nettivali, in mezzo alle quali notansi numerosi elementi cellulari fusiformi e rotondeggianti con grosso nucleo, più abbondanti questi nelle parti superficiali. In corrispondenza delle striscie sopra descritte, i tuboli ghiandolari sono più brevi, meno tortuosi e presentano pochi infundiboli laterali.

Nell' utero esportato dal prof. Parona macroscopicamente si notava pure la superficie della mucosa della cavità uterina liscia, uniforme con qualche chiazza sanguigna. Anche quivi dalle sezioni trasversali rilevavansi dei tratti in cui la mucosa era leggermente meno spessa.

Istologicamente la mucosa mostrava pure ghiandole numerose lunghe e tortuose e la conformazione consimile alla sopra esposta; solo eranvi dei tratti in cui l'epitelio di rivestimento era incompleto.

La qui unita figura schematicamente rappresenta una di tali sezioni della paziente che subì l'isterectomia 25 giorni dopo; da essa più chiaro apparirà quanto sopra esposi. Come opportuno confronto espongo qui pure due altre figure; l' una riproducente una sezione perpendicolare alla superficie dell' epitelio di rivestimento in un punto della soluzione di continuo 31 giorni dopo praticato il raschiamento in una cagna; l'altra riproducente la sezione verticale della mucosa uterina neoformata pure di una cagna *quattro mesi e dieci giorni* dopo che avevo applicato nel cavo uterino un piccolo bastoncino di pasta del Conquoin preparato secondo il metodo del Polaillou (1). Entrambe le cagne erano sopravissute e vennero quindi uccise allo scopo di fare l'esame istologico della mucosa uterina, l'una a 31 giorni dopo il raschiamento e l'altra a 4 mesi e 10 giorni dopo l'applicazione della pasta del Conquoin.

* * *

Dagli esposti disegni puossi arguire evidentemente:

1.° Che la mucosa (Fig. 1) dell'utero della paziente, a cui praticai l' isterectomia 25 giorni dopo il raschiamento, è pressochè in condizioni normali. *Null' altro* come sopra dissi riscontrai che *un minore ispessi-*

---

(1) Polaillou. « Traitement locale de l'endométrite chronique. » *Gaz. des Hôp.*, 15 et 17 Mai 1890.

mento (2 $^1/_2$ mm.) *in tratti longitudinali* in cui passò il cucchiaio forse più profondamente, ed in tali tratti tuboli ghiandolari alquanto meno lunghi e meno tortuosi.

2.° Che nella mucosa della cagna (Fig. 2) invece dopo 31 giorni dal raschiamento lo sviluppo di riproduzione è affatto incompleto vedendosi ghiandole in via di formazione, cellule in mitosi (*b*) nell'epitelio di rivestimento, abbozzi ghiandolari (*c*) con cellule più profonde in mitosi, cellule in mitosi (*d. e. g.*) nel fondo di tuboli a vario sviluppo.

3.° Che la mucosa dell'altra cagna (Fig. 3) a cui si esportò l'utero quattro mesi e 10 giorni dopo l'applicazione della pasta di Canquoin, è in via di sviluppo ancora più incompleto, essendo assai lieve lo spessore della mucosa, presentando tuboli ghiandolari a stadii relativamente assai recenti di sviluppo (*b. b. b.*) nonchè veri abbozzi di ghiandole (*d*).

La spiegazione di sì grave differenza di comportarsi nella riproduzione della mucosa fra la donna 25 giorni dopo (nonchè nelle altre due pazienti 27 e 15 giorni dopo) e la cagna 31 giorni dopo il raschiamento possiamo facilmente avere, considerando, oltrechè la tecnica tenuta nel raschiamento, anche le modalità con che avviene tale riproduzione, modalità che nella citata mia memoria così riassumevo nelle conclusioni:

.... « 3.° Che l'epitelio di rivestimento che primitivamente tappezza la soluzione di continuo, deriva dall'epitelio delle ghiandole dei bordi della soluzione state più o meno intaccate dal tagliente.

« 4.° Che infine le ghiandole riprodotte derivano dalla proliferazione di alcune cellule del nuovo epitelio di rivestimento dopo che questo ha assunto una forma di epitelio cilindrico. »

Ora, nelle cagne, io aprendo l'addome ed indi l'utero toglievo completamente un'ampia superficie di mucosa senza o quasi senza lasciare sulla superficie cruentata infundiboli, e perciò solo rimanendo i bordi da cui proliferarsi il nuovo epitelio, e questi bordi essendo lontani l'uno dall'altro, maggior tempo dovevasi impiegare onde aversi tappezzata la superficie di mucosa di neoformazione.

In 10 cagne infatti nelle quali praticai il raschiamento nello stesso modo che nella donna, e cioè con un piccolo cucchiaio di Volkmann (aprendo però quivi l'addome indi la parete anteriore della vagina onde giungere più direttamente col cucchiaio nella cavità uterina e fare un

raclage più sicuro) ottenni sì incomplete esportazioni di mucosa, che non mi fu possibile studiare con tal sistema metodicamente il processo di riproduzione.

Così mi esprimevo al riguardo in detta mia pubblicazione: Benchè le difficoltà inerenti al raschiamento col cucchiaio Volkmann fossero abbastanza evidenti, io volli tentare la prova, e praticai il raschiamento sull'utero di 10 cagne, e per rendere l'atto operativo più sicuro nel risultato, aprivo il cavo addominale e la parete anteriore della vagina con ferita lineare parallela all' asse longitudinale di questa, poi, per la ferita vaginale, introduceva nella cavità del corpo dell'utero, e talora anche in uno dei corni un raschiatoio piccolo, appositamente costrutto, e lo faceva agire nel senso longitudinale e trasversale mantenendo applicato alla parete dell'utero o del corno un dito, allo scopo di facilitare l'azione del cucchiaio. Ma dovetti convincermi che anche usando tutte queste precauzioni, non si riusciva mai ad asportare su una certa estensione completamente la mucosa, e inoltre, che se il cucchiaio di Volkmann aveva in alcuni punti agito molto profondamente, in altri non aveva agito che superficialmente asportando l'epitelio di rivestimento, od oltre questi gli strati più superficiali della mucosa. Per lo più il cucchiaio, per quanto fosse relativamente piccolo, dilatava la cavità estendendone fortemente le pareti, era ostacolato nei suoi movimenti regolari e non riusciva a produrre che asportazioni a guisa di striscie separate da tratti di mucosa pressochè integra, per la qual cosa, estratto il cucchiaio e contraendosi l'utero, tali limitate asportazioni si riducevano quasi alle condizioni di ferite lineari, le quali piccole perdite di sostanza con scarsa neoformazione di tessuto connettivo e di poche cellule epiteliali, rapidamente si compensavano. Tutto ciò ha dimostrato, che impiegando questo metodo non era possibile ottenere sull' utero normale della cagna soluzioni di continuo regolari e sufficientemente estese, le quali offrissero per ciò condizioni favorevoli allo studio metodico del processo di riproduzione.

Dopo questi tentativi era naturale pensare che col cucchiaio di Volkmann applicato alla mucosa alterata dell'utero umano si produrrà in ultima analisi non altro che una distruzione della mucosa al massimo totale, e che ciò sarebbe stato pur facile ad ottenersi nell'utero della cagna asportando direttamente la mucosa, previa apertura della cavità uterina

e che operando in tal modo non solo mi sarei posto in condizioni più prossime a quelle del raschiamento dell' utero della donna, ma anche più favorevoli (esagerandone certo l' intensità) per lo studio metodico del conseguente processo di riparazione.

Siccome però per la mancanza di un lasso tessuto sottomucoso non si riesce, o solo incompletamente e con estrema difficoltà, a dissecare nettamente un lembo di mucosa dalla parete muscolare dell' utero, così io mi attenni al seguente metodo: aperto il cavo addominale in corrispondenza della regione ipogastrica e afferrato l'utero colla mano sinistra, lo sollevava in modo da farlo sporgere dalla ferita addominale. Poi praticavo una ferita lineare sulla linea mediana longitudinale della parete anteriore del corpo uterino, estesa dal fondo dell'utero al principio del collo e penetrante in cavità: indi applicato sotto la parete posteriore l' indice della mano sinistra ed afferrato il collo uterino col pollice e medio faceva, mediante pinze, mantenere divaricati ed abbassati i bordi della ferita lineare, e con un bisturì panciuto, taglientissimo, raschiava fortemente sulla parete uterina appoggiata sull'indice, con movimenti in senso longitudinale dal collo al fondo dell' utero, e continuava questo raschiamento finchè una speciale resistenza, e lo scrosciare del tagliente m'avvertiva che era giunto sulla porzione muscolare. Allora, disinfettata bene la cavità con sublimato corrosivo, faceva la sutura dei bordi della ferita uterina, e poi delle pareti addominali.

Nell'utero umano, essendo la cavità ampia e le pareti resistenti, col cucchiaio certamente si fa un'asportazione più estesa, tanto più trattandosi di mucosa ammalata. Non è a credere però, da quanto l' attuale esperienza mi induce a pensare, che tale esportazione sia uniforme e completa, ma all'incontro inevitabilmente devono rimanere delle striscie di mucosa nelle quali si esportò unicamente la parte più superficiale ed inoltre, anco dove fortemente agì il cucchiaio, qualche infundibolo ghiandolare rimane; ed appunto da tali striscie e, ritengo, da tali infundiboli, ha origine la riproduzione dell'epitelio, che deve formare l'epitelio di rivestimento da cui poi derivano i nuovi tuboli ghiandolari. Più numerose e più vicine le une alle altre essendo quindi le fonti di riproduzioni, più rapida si spiega la totale riproduzione.

Per rapporto poi alla cagna in cui feci l' applicazione della pasta del Canquoin, la spiegazione ci viene dall' azione vasta e profonda del

caustico stesso, che rende difficilissima e talora impossibile la riproduzione della mucosa. Ciò che invero mi aveva indotto a sconsigliare il metodo di cura del Polaillou, avendo riscontrato negli esperimenti fatti e pubblicati, quali effetti di esso frequenti stenosi dei corni dell'utero, grave degenerazione di ampi tratti di mucosa, trasformazione dei dotti ghiandolari in cisti, ecc., fatti insomma, che farebbero razionalmente ritenere impossibile la normale riproduzione *ad integrum* del tessuto che ne subì l'azione.

Indagine clinica.

Per quanto trattisi solo di casi, essendosi però in tutti tre praticato un raschiamento, come già dissi, assai abbondante e completo, la constatazione diretta fatta dopo 25 e 27 giorni coll'esame istologico della completa riproduzione della mucosa, e della quasi completa dopo 15 giorni, costituiva un'osservazione abbastanza caratteristica e interessante per giudicare del tempo in che l'endometrio nell'utero umano può riprodursi dopo tale atto operativo tanto in uso, e giustamente, nella odierna terapia ginecologica.

Mi interessava però conoscere se tale mucosa, dopo sì breve spazio di tempo, per quanto riprodotta in modo, puossi dire, completo, fosse anche atta ad albergare il prodotto del concepimento, a subire tutte le modificazioni conseguenti in modo che la gestazione giunga a termine.

A quest'uopo nelle pazienti, nelle quali avevo praticato il raschiamento per lesioni dell'endometrio, mi studiai di seguire attentamente ove era possibile (impresa invero non facile), tutti gli episodi consecutivi riguardanti la funzione generativa.

Superano il numero di 150 le pazienti nelle quali in seguito a raschiamento dell'endometrio intervenne la gravidanza a periodi varii di distanza, ma io mi occupai unicamente di casi in cui la gravidanza sopravvenne dopo breve intervallo dall'atto operativo, interessandomi conoscere *approssimativamente la rapidità con che si riproduce la mucosa uterina umana.*

E complessivamente, stante la grave difficoltà di ottenere dati sicuri, solo sette furono a tutt'oggi i casi chiari, dimostrativi, che mi fu possibile a tale riguardo raccogliere e qui presentare in succinto.

Tavola riassuntiva della fecondazione avvenuta nel più breve lasso di tempo dopo il raschiamento dell'endometrio seguita da gravidanza normale a termine.

	Età	Gravidanze precedenti	Periodo trascorso fra il giorno del raschiamento dell'endometrio e il primo mestruo.	Indicazioni all'operazione	Durata del primo periodo mestruale	Periodo trascorso fra il giorno in cui si praticò l'esport. ed il giorno in cui avvenne la fecond.	Periodo trascorso fra il giorno in cui si praticò l'atto oper. e quello in cui si avverò il parto a term.	Osservazioni
M. A.	27	Due terminate con parto prematuro	20 giorni	Endometrite iperplasica	4 giorni	25 giorni	306 giorni	
L. A.	25	Nessuna	19 giorni	Endometrite cronica	7 giorni	28 giorni	305 giorni	
B. R.	31	Quattro terminate con aborto	18 giorni	Endometrite iperplasica	8 giorni	26 giorni	307 giorni	
B. M.	23	Nessuna	21 giorni	Endometrite iperplasica	5 giorni	27 giorni	306 giorni	
L. M.	22	Nessuna	17 giorni	Endometrite emorragica e stenosi del canale cervicale	7 giorni	26 giorni	308 giorni	Venne contempor. praticata la cervicotomia.
P. L.	27	5 di cui 4 con parto prematuro	22 giorni	Endometrite cronica	6 giorni	29 giorni	314 giorni	
S. L.	21	Nessuna	17 giorni	Endometrite mista e stenosi del canale cervicale	8 giorni	27 giorni	305 giorni	Venne contempor. praticata la cervicotomia.

Sebbene poco numerosi essi però rappresentano cifre sicure, che ci dànno limiti precisi poichè così io procedetti nel raccoglierle: tenni calcolo come vedesi dalla tavola:

a) del periodo di tempo trascorso fra il giorno in che si praticò il raschiamento dell'endometrio e la comparsa della prima perdita sanguigna che aveva tutte le apparenze di essere una mestruazione, escludendo tutti quelli in cui non mi fu dato ciò precisare;

b) delle indicazioni che mi suggerirono il raschiamento;

c) della durata di detto periodo mestruale, dall'inizio cioè alla completa cessazione, escludendo tutti i casi in cui non mi fu possibile ciò precisare;

d) esclusi pure tutti i casi nei quali si effettuò un ravvicinamento coniugale avanti l'apparizione di detto periodo mestruale, tenni nota di quelle pazienti nelle quali tale primo ravvicinamento avvenne dopo terminato il primo periodo mestruale.

Supposto poi tale primo coito come coito fecondatore, lo misi in rapporto colle seguenti altre circostanze di fatto, scartando pure i casi in cui i dati non corrispondevano;

e) del periodo trascorso fra il giorno in cui si praticò l'atto operativo e quello in cui si avverò il parto a termine;

f) l'epoca in che la paziente (opportunamente preavvisata, e cercando di evitare gli errori dipendenti dagli errori subbiettivi in questo campo tanto facili) percepì i primi moti attivi;

h) il volume dell'utero che corrispondesse allo sviluppo della gravidanza relativa al presunto giorno della fecondazione.

Se ora si ritiene che al sopravvenire del periodo mestruale regolare la mucosa debba già essere in istato normale, risulterebbe da questa breve statistica (ch'io vorrei venisse dai colleghi arricchita), che la riproduzione della mucosa era completa:

in un	caso	20	giorni	dopo	il raschiamento
"	"	19	"	"	"
"	"	18	"	"	"
"	"	21	"	"	"
in due	"	17	"	"	"
in un	"	22	"	"	"

Nè il pensar ciò sarebbe irrazionale, considerando che in caso diverso dovrebbesi credere, che durante il periodo mestruale si possa completare la riproduzione della mucosa.

Nella peggiore ipotesi poi dovremmo ritenere che il giorno in cui si avverò la fecondazione la quale condusse ad una gravidanza, che continuò fino a termine con parto spontaneo, la mucosa doveva essere riprodotta in condizioni fisiologiche ed allora avressimo che:

in una	la	mucosa	si	era	riprodotta	fisiolog.	25	giorni dopo	il raschiam.
"	"	"	"	"	"	28	"	"	"
"	due	"	"	"	"	27	"	"	"
"	"	"	"	"	"	26	"	"	"
"	una	"	"	"	"	29	"	"	"

CONCLUDENDO:

In quanto il limitato numero di osservazioni ci permette di esporre conclusioni dobbiamo dunque ritenere:

1.° Che in due donne a cui rispettivamente dopo 25 e 27 giorni dal raschiamento si dovette praticare l'isterectomia, si riscontrò istologicamente la mucosa completamente riprodotta.

2.° Che in una donna nella quale 15 giorni dopo il raschiamento si dovette praticare l'isterectomia, la mucosa uterina era ben riprodotta, riscontrandosi solo qua e là qualche deficiente tratto d'epitelio di rivestimento di incerta causa.

3.° Che in sette casi clinicamente si riscontrò che la mucosa dell'utero è atta a permettere lo sviluppo dell'ovulo fecondato rispettivamente nei limiti di un minimum di 25 giorni ad un maximum di 29 dopo il raschiamento, avendosi appunto ottenuto dopo tali giorni in ciascuna delle sette pazienti una fecondazione che fu seguita da gravidanza con parto a termine e fisiologico.

4.° Che la differenza nel periodo di tempo necessario alla totale riproduzione della mucosa risultante dai miei esperimenti tanto notevole fra l'utero umano e quello delle cagne, nelle quali tale periodo, come

vedemmo, fu assai più lungo, deve spiegarsi colla distruzione della mucosa fatta in queste in modo più ampio e più completo, usando la via diretta (laparotomia, apertura lineare dell' utero e raschiamento diretto colla lama del bistorì).

5.° Che pur dovendo ammettersi dipendere i risultati istologici sopra ottenuti dall'intensità con che si pratica e si può o si deve praticare la distruzione della mucosa nel raschiamento, potendo quindi variare i risultati secondo i singoli casi, è però a ritenersi che nel raschiamento, che si fa abitualmente e *coi mezzi attuali* per scopo curativo, la distruzione della mucosa è molto imperfetta, che però tale imperfezione il più delle volte non compromette l'esito, pur potendoci spiegare le non infrequenti recidive delle varie forme di endometriti dopo tale intervento.

Alle quali conclusioni mi corre però l' obbligo di aggiungere, non doversi da questi fatti inferire minor cautela nel prescrivere alle pazienti, che subirono raschiamento dell' endometrio, per lesioni di esso, un periodo di riposo sessuale inferiore ai 60 giorni. Poichè se invero la mucosa si dimostra dopo sì breve tempo atta ad ospitare il prodotto della concezione ed a subirne tutte le modificazioni consecutive, è però sempre meno che prudente una fecondazione che sopraggiunge prima dei 60 giorni, stante le condizioni di minore resistenza in che deve essa trovarsi a causa del trauma subìto.

Il vasto e interessante problema della rigenerazione dei tessuti venne finora studiato sperimentalmente, sopratutto per opera della Scuola di Bizzozero, con risultati brillanti e della massima importanza in molte specie animali. Ed è per questi studii che noi sappiamo che il processo di rigenerazione può presentare modalità diverse da una specie all'altra con una intensità più o meno grande.

Quindi è soltanto facendo in certo qual modo violenza alla logica che noi applichiamo all' organismo umano tutti i risultati che abbiamo ottenuto negli animali. Ed è perciò interessante di approfittare d' ogni occasione che ci offre la clinica per constatare e controllare fino a qual punto i fatti osservati siano applicabili alla specie umana.

Così come potei io studiare nelle cagne il processo di riproduzione della mucosa uterina e ne stabilii le leggi che la regolano, ben riesciva utile ora il riscontrare anche istologicamente quanto si avvera nella donna, ciò che fu, come riferii, scopo della presente comunicazione.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Fig. 1. — Sezione verticale di mucosa d'utero umano esportato 25 giorni dopo il raschiamento dell'endometrio. (Koriska, oc. 2, obb. 4).

a. Margine di mucosa verso cui lo spessore tende ad essere alquanto minore.
b. Tratto di mucosa in cui le ghiandole sono meglio sviluppate.
v. Vasi sanguigni.
e. Strato muscolare.

Fig. 2. — Sezione perpendicolare alla superficie dell'epitelio di rivestimento in un punto della soluzione di continuo, 31 giorni dopo praticata, in cui si osservano varii stadii di sviluppo dei tuboli ghiandolari neoformati. (Camera lucida. Ingrand. 90 diam. circa).

a - a. Epitelio di rivestimento.
b. Cellula in mitosi di questo epitelio.
c. Abbozzo ghiandolare.
d. e. g. Tre tuboli ghiandolari a stadii diversi di sviluppo.

Fig. 3. — Sezione verticale di una porzione della mucosa uterina neoformata 4 mesi e 10 giorni dopo l'applicazione della pasta del Canquoin. (Camera lucida. Ingrand. 40 diam. circa).

a - a. Epitelio di rivestimento.
b - b - b. Tuboli ghiandolari a stadii relativamente recenti di sviluppo.
d. Abbozzo ghiandolare.
c. Tessuto connettivo della mucosa neoformata.
m. Tessuto muscolare della parete uterina.
v - v. Vasi sanguigni.

Fig. 1

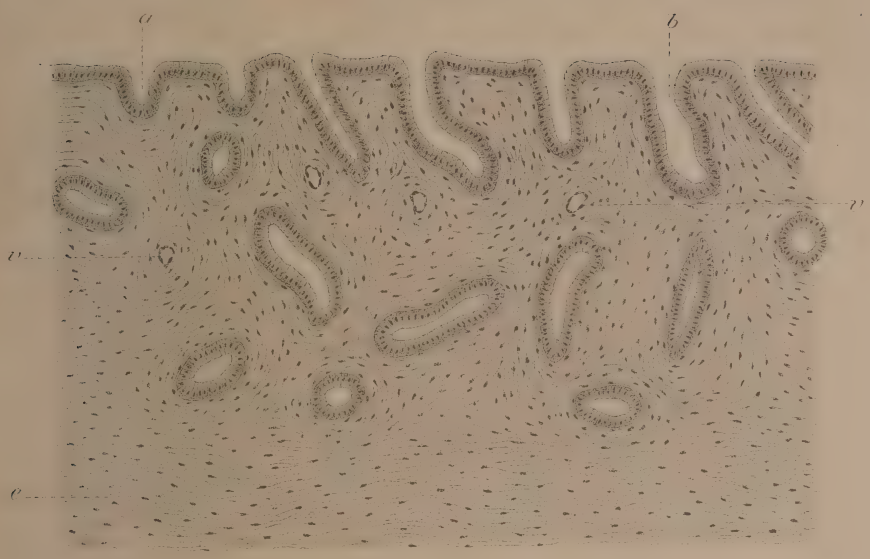


Fig. 2

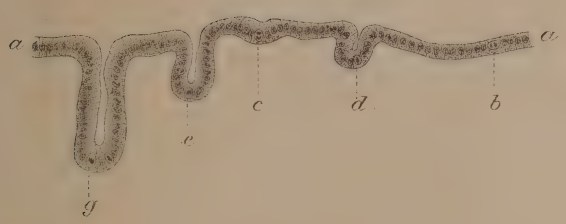
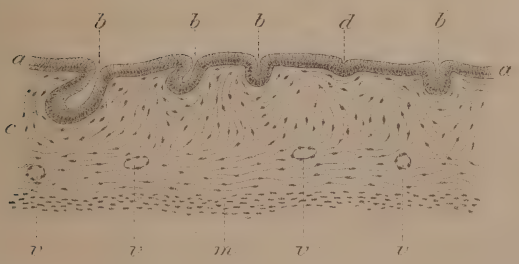


Fig. 3



Torino Lit. Salussolia

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
23 MAR 9
L1

Il massaggio nella cura dell'amenorrea

Nota del Dott. NEMESIO MARINI
di Genova.

Fra le diverse forme di amenorrea transitoria havvene una che merita di richiamare la nostra attenzione in modo speciale, quella che sorge quasi all'improvviso e in donne sane e robuste e che erano precedentemente bene regolate. In questi casi, come benissimo osserva il La Torre, si tratta di una *amenorrea essenziale, senza lesione costante manifesta*, amenorrea che costituisce da sè sola la malattia, accompagnata da pletora, da disturbi nervosi, e qualche volta anche da emorragie supplementarie di diversi organi (1).

Sarebbe certo troppo lungo e non conforme alla modesta intenzione che mi ha spinto a rendere pubbliche queste mie osservazioni, il passare in minuta rassegna tutte le cure fatte e tentate per combattere l'amenorrea transitoria, quindi mi fermerò solo a quelle che più si avvicinano alla cura da me seguita del massaggio e che sono, a mio credere, le più opportune e quelle che possono lasciare adito a più larga speranza di felice risultato.

Abbandonati gli emmenagoghi che hanno un tempo goduto tanto favore e, a maggiormente aiutare l'uso dei ricostituenti, è generalmente consigliato, contro l'*amenorrea transitoria* da qualunque causa sia data e secondo il parere dei migliori ginecologi (Martin, Schröder, Pozzi, ecc.) di sottoporre le inferme ad una ginnastica corporale energica (lunghe passeggiate, flessioni sulle gambe, sul tronco) o ad un massaggio di tutta la persona, in modo da ridestare, per quanto è possibile, la fun-

(1) Felice La Torre. « L'elettricità nella cura dell'amenorrea. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XVI, N.° 5, pag. 254.

zionalità dell' utero e annessi, ma i risultati non sono stati fino ad ora tanto felici da far accettare questo metodo come solo mezzo di cura. E infatti, se dobbiamo pur riconoscere che molto spesso può essere di grande aiuto la ginnastica corporale, che va sotto la denominazione di ginnastica svedese, dobbiamo d'altra parte convenire che pur di frequente essa non risponde allo scopo o perchè imperfettamente eseguita, o perchè anche addirittura insufficiente a raggiungere l'esito che da essa si ripromette il medico curante. E diffatti se l'amenorrea transitoria costituisce, secondo l'opinione dello Schroeder, un segno che nella nutrizione del corpo esistono disturbi tali i quali o impediscono lo sviluppo del follicolo di Graaf, o per lo meno modificano l'iperemia periodica dei genitali per modo che non può aver luogo l' emorragia uterina (1), è ben facile comprendere che contro questa forma morbosa riusciranno di assai maggiore vantaggio tutti quegli stimoli che agiscono sulla mucosa e sul parenchima uterino, semprechè altre affezioni genitali non forniscano una speciale indicazione (Martin).

Ora, fra i mezzi terapeutici che meglio e più prontamente rispondono allo scopo di stimolare la mucosa e il parenchima uterino, io credo e le osservazioni che più sotto riporto lo provano luminosamente, che debba occupare il primo posto il massaggio. E per vero le larghe scarificazioni consigliate dal Martin (2), talvolta ogni due giorni, talvolta quotidianamente nei giorni in cui dovrebbe comparire la mestruazione, e l'uso della sonda e dei pessari intra-uterini, incontrano molto spesso nella pratica l'opposizione delle inferme che mal si addattano a queste cure moleste e dolorose, o che dopo averle accettate qualche volta, senza vederne pronto risultato, vi si rifiutano per ritornare ai comuni e vecchi mezzi di cura (emmenagoghi, ricostituenti, semi-cupi freddi, ecc.). La elettricità che ha pure e meritamente acquistato in questi ultimi anni così larga simpatia in ginecologia e che è uno dei mezzi curativi più buoni e più raccomandabili, come ne fa fede la memoria del La Torre più sopra citata, e che tratta diffusamente della sua applicazione e dei risultati ottenuti nella cura dell' amenorrea, presenta molti inconvenienti ed ha molti ostacoli da superare: e primissimo quello di non

---

(1) SCHROEDER. « Trattato di malattie delle donne, » pag. 428-430.

(2) MARTIN. « Patologia e terapia delle malattie delle donne, » pag. 35.

essere alla portata di tutti i pratici perchè richiede l'acquisto di un apparecchio elettrico, spesa non indifferente, ed una pratica speciale nell'applicazione. Oltre a ciò essa riesce piuttosto dolorosa, tanto che molte inferme, dopo le prime applicazioni, non vogliono seguitarne la cura.

Il massaggio da me praticato per contro non presenta alcuno degli inconvenienti dei metodi surriferiti, avendone pure, e in modo più spiccato, tutti i vantaggi.

Il massaggio, comparso nella pratica ginecologica come valido mezzo curativo, solo da non molti anni, dopo avere attraversato un periodo lungo di opposizioni, di diffidenze e di disprezzo, ora è quasi universalmente accettato e riconosciuto come un potente ausiliario nella cura delle molteplici forme morbose ginecologiche.

Io lascio da parte la storia e i diversi metodi d'applicazione perchè e l'una e gli altri sono ormai diffusamente trattati in molte pubblicazioni (1). Dirò solo che l'Jentzer (2), pur consigliandolo nell'amenorrea, lo fa precedere da lunghi esercizi ginnastici mentre io, e questa è la principale ragione che mi ha indotto a pubblicare i miei tre casi, mi sono sempre servito unicamente del solo massaggio dell'utero (*pétrissage*) ottenendo felicissimi risultati, ed a tal semplice mezzo consigliato anche dalle esigenze dell' ambulatorio nel quale e il numero delle ammalate e la ristrettezza del tempo e un po' anche l'ignoranza delle pazienti, non permettono al medico di tentare tutti i mezzi dei quali crederebbe di servirsi a loro vantaggio.

Io ho constatato il suo grande vantaggio nell'amenorrea transitoria e come si potrà vedere dalle esposizioni dei 3 casi che riporto, se il sangue tarda qualche poco a comparire, diminuiscono però subito i fenomeni di pletora e più specialmente i gravi fenomeni nervosi che accompagnano sempre e più spiccatamente quella forma di amenorrea transitoria, della quale ci sfugge la causa patogena. Ed è questo un vantaggio grandissimo e del quale va tenuto gran conto, se si pensa che nell'amenorrea transitoria i disturbi principali e più molesti e più allarmanti per le in-

---

(1) Dott. Romolo Polacco. « Il massaggio nella cura delle malattie ginecologiche. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno XVI, Gennaio e Febbraio 1894, pag. 5, 136.

(2) « Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses anexes (méthode de Thure-Brand) » par le Doct. Jentzer et M. Rourcort.

ferme, sono appunto i disturbi nervosi risiedenti all'apparecchio utero-ovarico.

Ed ora prima di trascrivere le storie dei tre casi che ho curati, dirò poche parole sulla tecnica da me seguita nell'applicazione del massaggio, tecnica semplicissima, non dolorosa, e quel che più importa per la pratica, alla portata di qualunque medico.

Fatta distendere la donna su di una comune sedia ginecologica (dopo averle fatto togliere vesti e busto), previa accurata disinfezione delle mani e della vulva e vagina, introduco in vagina il dito indice lubrificato, e secondo i casi l'indice ed il medio della mano destra allo scopo di portare e fissare l'utero contro le pareti addominali, indi coll'indice, medio e anulare della mano sinistra, od anche con tutta la mano, eseguisco il massaggio su tutto l'utero. Proseguo questa manovra per circa dieci minuti e la ripeto giornalmente fino ad ottenere l'esito favorevole e cioè la comparsa del flusso sanguigno.

Dei tre casi da me curati col massaggio non mi è mai occorso di notare che le inferme si lamentassero per troppo grave molestia e tanto meno poi che in esse si risvegliassero eccitamenti genesici.

Osservazione I. — T. M., di anni 29, maritata, pluripara, Num. del Registro 144. Non ebbe a soffrire che di una bronco-polmonite acuta durante l'allattamento, cinque anni or sono.

Fenomeni subbiettivi. — Da cinque mesi non vede il sangue mestruo, ha dolori sacro-lombari e alle gambe; dall'ultimo parto, che data da 5 anni, ha leucorrea abbondante; da alcuni giorni ha mitto frequente e doloroso, diarrea, cefalea.

Fenomeni obbiettivi. — Collo e corpo leggermente aumentati di volume. Il corpo dell'utero è mobile, alquanto dolente alla palpazione, liberi i parametrii. Muso di tinca con abrasioni lievi; donna pletorica. Si presenta all'ambulatorio il 31 Gennaio 1894. Si fa diagnosi di *cervicite, metrite ed endometrite cronica, amenorrea transitoria.* Medico le abrasioni sul muso di tinca con tintura di jodio e pongo un tampone con glicerina in vagina spingendolo sul collo. Consiglio irrigazioni caldissime e derivativi intestinali, faccio ritornare, ogni due giorni, all'ambulatorio l'inferma, ripetendo sempre la cura suddescritta. Il 9 Febbraio appare un leggerissimo scolo sanguigno persistendo però i fenomeni subbiettivi.

Non apparendo nel mese successivo il sangue mestruo, mi decido a praticare il massaggio dell'utero e ciò faccio ogni giorno per circa una settimana. Dopo tre sedute incominciano a diminuire i dolori sacro-lom-

bari ed alle gambe, finchè il 21 Marzo appare il sangue mestruale — scompariscono subito tutti i disturbi surricordati e le mestruazioni appaiono in appresso ogni mese, con qualche irregolarità nella data.

Osservazione II. — S. M., di anni 20, maritata, pluripara, Num. del Registro 152. Da cinque mesi non ha il mestruo e da questa epoca apparvero dolori agli arti inferiori e specialmente al destro che si presenta edematoso e cosparso di foruncoli: stitichezza abituale.

Fenomeni subbiettivi. — Si presenta il 26 di Febbraio 1894 al mio ambulatorio. È in preda a denutrizione ed abbattimento generale, accusa cefalee intense e leucorrea.

Fenomeni obbiettivi. — L'utero è più grosso del normale, mobile — i parametri sono liberi. Il collo è piccolissimo — la cavità uterina misura cent. 8 1[2. Faccio diagnosi di *Metrite cronica del parenchima. Amenorrea transitoria. Furoncolosi.* Pratico per alcune sedute scarificazioni sul collo, consiglio irrigazioni vaginali calde con cloruro di sodio e derivativi intestinali. Non comparendo nel Marzo il flusso mestruale mi decido a tentare, anche in questo caso, il massaggio, che inizio il 26 Marzo. Dopo due sedute incominciano a diminuire i dolori agli arti inferiori, la cefalea e il senso di stanchezza. Il 16 Aprile compare il mestruo che ritorna in ogni mese successivo, regolarmente.

L'edema e l'eruzione all'arto inferiore scomparvero dopo il ripristino delle mestruazioni, come pure cessarono tutti i dolori, e migliorarono manifestamente le condizioni generali di salute, tanto che la paziente, oltre al colorito riacquistato, aumentò in poco di 9 chilogrammi.

Osservazione III. — G. M., di anni 20, maritata, Num. del Registro 158. Ebbe due gravidanze terminate con aborto, uno di sei mesi, l'altro di tre. Non ebbe mai malattie degne di nota.

Fenomeni subbiettivi. — Da 7 1[2 mesi non vede il mestruo. Ha dolori all'epigastrio, alla regione del dorso, dolori sacro-lombari e alle gambe, debolezza agli arti inferiori, cefalea, inappetenza, leucorrea abbondante, aspetto sofferente.

Fenomeni obbiettivi. — Si presenta all'ambulatorio il 12 Marzo 1894. All'esame trovo una vasta abrasione che occupa tutto il muso di tinca. L'utero è mobile, alquanto ingrossato, i parametrii liberi.

Faccio diagnosi di *Cervicite* e *amenorrea transitoria.* Consiglio, come nei casi precedenti, irrigazioni vaginali calde con soluzione di sublimato al 0,25 per mille e incomincio le sedute di massaggio, per quanto la vasta abrasione, che medico con acido acetico dopo eseguito il massaggio, potesse sconsigliarmene. Dopo tre sedute incominciano a diminuire i dolori all'epigastrio e alle gambe e la cefalea. Noto intanto che quando la paziente aveva i suoi mestrui regolari, essi apparivano verso

il 21 del mese. Non ebbe mai rinorragie e dopo due sedute di massaggio al 21 Marzo ha perdite di sangue dal naso, che si continuano fino al 2 di Aprile. Io persisto nel massaggio e dal 5 all' 11 di Aprile incomincia uno stillicidio sanguigno dall' utero.

La paziente si sente assai meglio, il senso di debolezza è scomparso, l'appetito è ritornato. Pratico il massaggio fino al 13 di Maggio, tre volte alla settimana, finchè al 24 ha il suo mestruo che ritorna regolare nei mesi successivi. L'abrasione guarisce completamente come pure la leucorrea, l'aspetto è florido.

Pubblico queste mie osservazioni non intendendo sicuramente di dedurne conclusioni assolute, ma per dimostrare che anche il massaggio, sotto la semplice forma del *pêtrissage*, tralasciando pure tutta la ginnastica dalla quale lo fa precedere il Thure-Brandt, dà utilissimi risultati nella cura dell'*amenorrea transitoria*. Col massaggio noi attiviamo la circolazione, e riusciamo a ridonare la tonicità a organi o a parti che la hanno perduta o diminuita; perciò agendo direttamente e solamente *(pêtrissage)* su di un organo così accessibile quale è l'utero, si doveva ad esso richiamare l'afflusso di quel sangue che per cause, a volte ignote come nei miei tre casi, aveva cessato di comparire all'epoca dovuta. Ed invero non ebbi a ricredermi. Il fatto che cominciò subito a richiamare la mia attenzione fu quello che nei tre casi, costantemente, dopo due o tre sedute di massaggio, alcuni dei più gravi fenomeni subbiettivi incominciarono a diminuire d'intensità. Difatti, nel primo caso incominciarono a diminuire i dolori sacro-lombari e alle gambe; nel secondo scemarono i dolori agli arti inferiori e la cefalea; nel terzo i dolori all'epigastrio e alle gambe. In questo caso poi noto il fatto che dopo due sedute di massaggio comparvero rinorragie che durarono per ben 12 giorni (ad intervalli s'intende), e non copiose, in donna che non aveva mai avuto perdite sanguigne dal naso, e ciò seguito da benessere generale. Il vedere che le donne accusavano, dopo poche sedute, miglioramento, prima anche della comparsa del sangue mestruale, serviva a me d'incoraggiamento a persistere nella istituita terapia, e la mia fatica fu coronata da felice risultato e cioè dalla comparsa dei mestrui che si mantennero poi sempre regolari.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA
(Annesso alla Maternità)
DIRETTO DAL PROF. G. Calderini

Mortalità intra ed extra-genitale dei bambini

NATI CON PARTI EUTOCICI E DISTOCICI

STUDIO CLINICO E STATISTICO
del Dott. S. PATELLANI
MEDICO ASSISTENTE.

Nei trattati di ostetricia, nei manuali di ostetricia operatoria, nelle memorie numerose pubblicate in Italia e fuori d'Italia sulle operazioni ostetriche, la mortalità dei bambini nei singoli atti operatori è calcolata, secondo me, con criteri troppo ristretti.

In genere gli autori si limitano a considerare se un bambino nasce vivo o morto, oppure, nelle cliniche dove i bambini per qualche giorno rimangono con le loro madri e in quelle cui è unito un brefotrofio, se i bambini rimangono in vita nei primi giorni successivi al parto. Il limite di tempo in cui la mortalità fetale viene considerata nel secondo caso non passa quasi mai il numero di 10 giorni circa, il numero dei giorni cioè nei quali le donne sono operate e curate come puerpere. Solo da qualche autore si fece eccezione a questa regola, ad esempio nel calcolare, come vedremo, la mortalità fetale del parto prematuro e del taglio cesareo.

Diceva che questo criterio nel computo della prognosi fetale è troppo ristretto.

Poche considerazioni valgono a dimostrare i fatti da me raccolti e che formano oggetto del presente lavoro. A volte si portano alla luce

col forcipe, con rivolgimenti in stenosi pelviche ed estrazione podalica successiva, con estrazione podalica dei bambini presentanti fenomeni morbosi che, in un'epoca ulteriore della vita, sono causa unica di morte. Vi sono ancora altri casi in cui un bambino nato con parto operativo manuale o istrumentale bene sviluppato o prematuro trae con sè, solo per il fatto dell'operazione, alterazioni organiche, condizioni speciali di funzionalità deficiente dei singoli sistemi, uno sviluppo generale limitato, i quali, se non sono causa unica e diretta di morte, rendono però il bambino meno resistente alle cause di morbilità e di mortalità tanto numerose nei primi momenti di vita. E perchè questi bambini che solo per il fatto dell'operazione in sè oppure per conseguenze meno dirette di essa possono aver compromessa l'esistenza, non debbono essere considerati quando si voglia stabilire in modo preciso la prognosi fetale nello studio delle diverse operazioni?

Per ciò non credo di aver fatto cosa inutile studiando l'argomento, cercando di riempiere questa lacuna che trovai nella letteratura ostetrica nostrana e forastiera.

Quando pensai, anni sono, per la prima volta alla questione mi trovai davanti a difficoltà insuperabili. Nell'Istituto invece dove attualmente mi trovo potei mandare a termine il mio lavoro perchè tanto la Clinica universitaria quanto la Maternità e il Brefotrofio sono sotto un'unica direzione da molti anni e perchè il materiale di studio è abbondante e le cartelle cliniche sono con accuratezza redatte.

In breve studiai tutti gli atti operativi ostetrici eseguiti dal 1 Novembre 1880 al 31 Luglio 1894 e seguii tutti i bambini così nati nella loro vita extra-uterina.

Nel rilevare i dati necessari per il mio studio — e la rilevazione fu sempre diretta — feci un'analisi di essi accurata e, quel che importa, coscienziosa evitando, con una critica severa, possibilmente ogni causa d'errore. Comparai i dati ottenuti tra di loro ed esposi i risultati di ricerche molto più lunghe e faticose in brevi quadri sinottici. Il metodo comparativo e sintetico rigorosamente seguito mi fa sperare d'aver raccolte delle cifre abbastanza precise.

Come dissi, il materiale di studio fu raccolto dal 1 Novembre 1880 al 31 Luglio 1894.

I bambini legittimi che nascono nella Clinica vengono passati al

Brefotrofio dove rimangono poco tempo, quanto rimane cioè la puerpera nell'Istituto. I bambini invece illegittimi fanno parte, appena nati, della popolazione del Brefotrofio che di essi ha cura, che ad essi provvede fino ad una certa epoca. Non mi fu dato di poter avere notizie dettagliate sicure di alcuni bambini legittimi. Per questo e perchè a volte la vita di un feto è già molto compromessa prima del nostro intervento, non tenni calcolo di tutti i bambini nati con parti distocici nel suddetto periodo di tempo.

Come dato di confronto io adoperai lo stesso materiale del Brefotrofio di Parma. Ed era naturale facessi così.

Nelle statistiche, ad es., che si pubblicano nell'*Annuario italiano* per cura del Ministero di agricoltura, industria e commercio, sono compresi tutti i bambini legittimi ed illegittimi nati e morti in Italia. Ora una statistica comprendente anche i bambini legittimi non poteva servire di confronto in quanto è noto che la mortalità di questi è minore della mortalità degli illegittimi. E la differenza è ben apprezzabile. Valga un esempio. Nel 1889 nacquero 1064798 bambini legittimi e 81399 illegittimi (10000 leg. — 764 illeg.) in Italia. Nello stesso anno morirono nel primo mese di vita 76614 leg., 9948 illeg. (7.1 0[0 leg.; 12.2 0[0 illeg.) e complessivamente nel primo anno di vita di 1000 bambini leg. 178, di 1000 illeg. 255.

E nelle maternità e nelle cliniche ostetriche il maggior numero dei nati appartiene appunto alla categoria degli illegittimi.

Anche da brefotrofio a brefotrofio le statistiche di mortalità sono diverse. Per questo non ho voluto usare come dato di confronto, ad es. gli accurati numeri statistici dell' Ospizio provinciale di S. Caterina di Milano.

Così raggruppato in questo lavoro un materiale raccolto nello stesso Istituto tanto per i dati d'analisi quanto per quelli di confronto vengono a scomparire — subendo tutti i bambini nati da parti eutocici e distocici la medesima sorte — se non completamente in gran parte quelle cause d'errore che in ogni studio di questo genere sono inevitabili.

Ed incomincio coi dati di confronto:

Dal 1 Novembre 1880 al 31 Luglio 1894 vennero accettati nel Brefotrofio 5330 bambini di recente nati. Nel numero sono compresi, come ho detto, tutti i feti vivi partoriti nella clinica ostetrica nella medesima

epoca. Non tenendo calcolo dei bambini nati con operazioni ostetriche (142), di cui diremo poi, possiamo partire dal N. 5188 per stabilire i quozienti di mortalità generale e di sopravvivenza e dal N 5152 (36 feti morirono in travaglio) per detrarre la mortalità nelle diverse epoche di vita (1).

Si sa che esiste una percentuale di mortalità in travaglio per i parti non operativi dovuta a cause di diversa natura. Anche di questa ho voluto tener conto. Su 880 parti naturali avvenuti in Clinica dal 1 Novembre 1884 al 31 Luglio 1894 — dei primi quattro anni non ho potuto, a questo riguardo, tener conto non essendosi fatta, nelle cartelle redatte dagli assistenti allora in carica, la distinzione tra nati morti prima del travaglio e nati morti durante il travaglio (2) — si ebbero 6 bambini morti nell'atto del parto. *La mortalità quindi intra-genitale nei parti normali sarebbe del 0. 68* 0[0.

Dei 5188 bambini di cui dissi sono morti 36 in travaglio e 2378 dopo la nascita e precisamente:

Dopo poco tempo	18	Nel 1.° anno	1839
		» 2.° »	357
Nei primi 5 giorni	172	» 3.° »	77
Dal 5.° al 10.° giorno compreso .	188	» 4.° »	39
» 10.° » 15.° » » .	178	» 5.° »	28
		» 6.° »	17
Nella 1.ª quindicina del 1.° mese	538	» 7.° »	8
» 2.ª » » » »	284	» 8.° »	1
		» 9.° »	4
Nel 1.° mese	822	» 10.° »	3
» 2.° »	210	» 11.° »	4
» 3.° »	174	» 12.° »	1
» 4.°-5.°-6.° mese	319		
» 7.°-8.°-9.° »	169	Totale morti . .	2378
» 10.°-11.°-12.° »	145		

(1) Per calcolare la mortalità extra-genitale detraggo dal numero dei nati i nati morti mentre per i quozienti di mortalità generale e di sopravvivenza sono computati anche i morti in travaglio.

(2) Vedi anche il Rendiconto del prof. Calderini citato a pag. 101.

Partendo da queste cifre si hanno le seguenti percentuali di mortalità:

In travaglio	0. 68	Nel 3.° mese	3. 37
Nei primi momenti di vita . .	0. 34	» 4.°-5.°-6.° mese	6. 19
Nei primi 5 giorni	3. 33	» 7.°-8.°-9.° »	3. 28
Dal 5.° al 10.° giorno . . .	3. 64	» 10.°-11.°-12 »	2. 81
» 10.° al 15.° » . . .	3. 45	Nel 1.° anno	35. 69
Nella 1.ª quindicina del 1.° mese	10. 44	» 2.° » (1)	7. 85
» 2.ª » » » »	5. 51	Mortalità extra-genitale . . .	46 15
Nel 1.° mese	15. 95	» generale (2). . . .	46. 53
» 2.° »	4. 07	Quoziente di sopravvivenza . .	53. 46

che sono senza dubbio superiori a quelle che avrei ottenuto se avessi potuto fare a questo proposito una selezione più accurata del materiale di confronto.

Infatti non ho potuto togliere dal computo tutti i bambini prematuri nati vivi e morti poco dopo. Aggiungasi che non risultando sempre nelle cartelle pediatriche da me consultate la diagnosi retrospettiva del modo con cui la nascita avvenne, non potei pure detrarre alcuni dei nati fuori dell'Istituto e consegnati al brefotrofio poi che forse furon portati alla luce con operazioni ostetriche manuali od istrumentali.

Ora nel primo e nel secondo caso abbiamo delle cifre che possono, benchè in minima parte per il numeroso materiale di confronto, certamente aggravare i quozienti di mortalità extra-genitale; delle cifre che io ricordo unicamente qual termine di comparazione non dando valore assoluto, come vedremo, ai numeri, ma solo ai fatti più o meno manifesti che dall'esame delle cifre possiamo rilevare.

Del resto essendo indiscussa la mortalità maggiore dei nati prematuri e non ripugnando l'ammettere in via generale che i nati col forcipe, come dimostrerò con fattispecie in alcuni casi, possono presentare una mortalità extra-genitale maggiore dei nati spontaneamente, io non credo che per questa piccola causa d'errore nel materiale unicamente di confronto, riusciranno infirmabili le deduzioni che verrò esponendo. Anzi

---

(1) Per ottenere questo quoziente ho escluso i nati nell'ultimo anno (Luglio 93-Luglio 94).

(2) Per mortalità generale intendo la mortalità intra-genitale (in travaglio) ed extra-genitale riunite.

avendo compreso tali neonati in questo calcolo preliminare e necessario, le cifre di mortalità extra-genitali di confronto sono certamente più alte di quelle che avrei ottenuto quando avessi potuto fare una selezione assoluta e maggiore di conseguenza del vero.

La sproporzione quindi che noi troveremo pressochè costantemente tra i termini di comparazione può ammettersi maggiore ancora di quella da me ottenuta nei singoli casi.

Aggiungasi un'altra considerazione. Molti bambini nati con operazioni ostetriche sono legittimi: ed è in genere appunto per parti distocici che da noi almeno le donne maritate ricorrono alle cliniche. E questi bambini legittimi che, come abbiamo visto, presentano una mortalità extra-genitale inferiore a quello normale degl'illegittimi, vanno d'altra parte nei dati d'esami a rendere la mortalità extra-genitale che esporremo per i singoli atti operativi, minore di quella che avremmo potuto ottenere se, con un materiale più abbondante del nostro, avessimo tralasciato di considerarli, come fu fatto per i dati di confronti ricavati unicamente dalla popolazione di un brefotrofo.

Per maggior sicurezza ho voluto controllare i dati di confronto limitando il computo a 200 bambini scelti — per evitare altre cause d'errore — unicamente dal materiale della clinica in due anni intermedî tra il 1880 e il 1894 (86-87).

Facendo questa opportuna selezione di casi *le percentuali di mortalità extra-genitali dei nati a termine non asfittici da parti naturali facili in donne con bacino normale* sarebbero le seguenti:

Nei primi momenti dopo il parto	0	Nel 7.°-8.°-9.° mese	4
Nella 1.ª quindicina del 1.° mese	8	Nel 10.°-11.°-12.° mese	3
» 2.ª » » » »	5	Nel 1.° anno	30
Nel 1.° mese	13	» 2.° »	8
» 2.° »	2	» 3.°-4.°-5.°-6.° anno	8
» 3.° »	3	Mortalità extra-genitale	46
» 4.°-5.°-6.° mese	5	» generale	46
		Quoziente di sopravvivenza	54

Queste cifre corrispondono a quelle già esposte quantunque ottenute, come vedemmo, con un calcolo diverso.

Per stabilire dei confronti e determinare l'influenza che esercitano alcuni stati anormali in cui trovasi il feto al momento del parto seguii

anche i bambini nati con parti naturali asfittici di 1.° e 2.° grado e quelli partoriti da donne con bacini viziati spontaneamente, con travaglio però difficile.

Dei bambini nati asfittici di 1.° grado riassunsi la seguente tavola:

	N.° dei casi	Nella 1.ª XV.ª	Nella 2.ª XV.ª	Nel 1.° mese	Nel 1.° anno	Poi	Totale morti	Sopravviventi
Bacino normale . .	76	11	4	15	32	6	38	38
» viziato . . .	8	—	1	1	3	—	3	5
	84	11	5	16	35	6	41	43

e le seguente percentuali di mortalità complessivamente:

Nella 1.ª quindicina del 1.° mese	13.09
» 2.ª » » » »	5.95
Nel 1.° mese	19.04
Nel 1.° anno	41.66
Mortalità extra-genitale e generale	48.80
Quoziente di sopravvivenza	51.19

Anche in questo computo non ho fatto selezioni arbitrarie escludendo solamente i nati a sviluppo insufficiente o che davano poco affidamento avrebbero vissuto poi, e quelli nati in presentazione podalica pure asfittici di 1.° grado dei quali si aiutò il parto con manovre manuali. Presumibilmente le cause per cui nacquero questi bambini asfittici di 1.° grado sono riferibili al periodo espulsivo troppo, lungo dovuto alla rottura precoce del sacco, a deflessione della testa, alla ristrettezza delle parti molli, ad inerzia uterina (26 casi), al periodo espulsivo troppo breve con contrazioni succedentisi a brevi intervalli ed energiche (22 casi), a giri di cordone attorno al collo più o meno stretti (30), a rigidità dei genitali esterni (6).

Di nati asfittici di 2.° grado con parti non operativi riavuti poi potei raccogliere solo 14 casi. E ben si capisce la ragione del numero esiguo delle osservazioni, ricordando che il materiale è quello di una clinica. Tre dei 14 bambini morirono al 1.° mese di vita e 7 nel 1.° anno. Per questa categoria di bambini le percentuali di mortalità sarebbero nel 1.° mese del 21.42 0/0 e nel 1.° anno del 50; come pure del 50 sarebbe quella generale ed extra-genitale.

Ho potuto seguire anche 49 bambini nati con parti naturali facili e difficili da donne con bacini viziati:

	N.° dei casi	Nati morti	1.ª XV.ª	2.ª XV.ª	1.° mese	2.° mese	1.° anno	Poi	Morti	Sopravvivono
B. total. reg. ristretto C. V. 8-9	6	—	1	—	1	1	3	1	4	2
B. tot. irreg. ristretto piatto C. V. 8-92 . .	9	2	—	3	3	1	4	—	6	3
B. obliqu. ristretto C. V. 9	7	—	—	—	—	—	2	2	4	3
B. sempl. piatto C. V. 79-95	27	1	3	3	6	2	10	2	13	14
Totale .	49	3	4	6	10	4	19	5	27	22

ed ottenere le seguenti percentuali di mortalità:

	B. total. reg. ristretto	B. tot. irreg. ristretto	B. semplice piatto	Mortal. fetale riassuntiva nei bacini ristr.
In travaglio	—	22. 22	3. 70	6. 12
1.° mese	16. 6	42. 88	23. 07	21. 73
2.° »	16. 6	14. 28	7. 69	8. 69
1.° anno	50. 00	57. 14	38. 46	41. 30
Mortalità extra-genitale	66. 66	57. 14	46. 16	52. 17
» generale	66. 66	66. 66	48. 14	55. 10
Quoziente di sopravvivenza . . .	33. 34	33. 34	51. 86	44. 90

Con diagnosi retrospettiva riassumendo invece le mortalità a seconda del rapporto tra il diametro Bp. a. del feto e la lunghezza della C.V., possiamo dire che nei bambini con un D. Bp. a. minore od uguale alla lunghezza della C.V. il quoziente di mortalità generale sarebbe del 54. 54 0/0 mentre in quelli in cui il D. Bp. a. è maggiore della C. V. sarebbe del 60 0/0. Questo dico in confronto dello stesso calcolo fatto, come vedremo, a proposito dei bambini nati col forcipe.

* * *

E veniamo ora al materiale d' esame incominciando dalle applicazioni di forcipe:

Nell'Istituto di Parma dal 1.° Nov. 1880 al 31 Luglio 1894 si ebbero

1700 parti e si fecero le operazioni ostetriche medicate nella qui unita tavola riassuntiva (1).

	N.° dei parti	Feti nati morti macer.	Feti nati morti in trav.	Forcipe str. sup.	Forcipe scavo	Forcipe str. inf.	Estraz. podal.	Rivolg. class.	Rivolg. Brax.-H.	P. prem. provoc.	Taglio cesar.
1880-84 . . .	472	39		8	15	7	11	8	1	6	—
1884-89 . . .	570	26	19	9	14	10	5	9	6	12	1
1889-92 . . .	391	24	23	9	19	16	10	14	6	21	4
Nov. 92-Luglio 94	267	17	18	8	7	13	7	3	1	8	5
	1700	166		34	55	46	33	34	14	47	10
				135							

La frequenza dunque delle applicazioni di forcipe fu del 7. 9 0/0, inferiore a quella data da Schultze (11. 6), da Schauta (9. 16), da Olshausen (8. 4), maggiore invece di quella data da Kézmárszky (1. 4), da Leopold (2. 8), da Winckel (2. 49-3), da Ahlfeld (3. 5), dal Braun (4. 3) (2). Maggiore fu la frequenza delle applicazioni nelle primipare (Ip. 80, 48, plur. 19. 52). Proporzioni corrispondente a quella di Hecker (74-26), di Winckel (64-35), Gusserow (75-25), di Leopold (71-28) e di Schauta (85-15).

Nel maggior numero dei casi fu adoperato il forcipe Naegele; qualche volta anche il modello di Porro, di Simpson e di Mattei a branche parallele.

Di tutte le 135 applicazioni di forcipe non ho potuto tener conto. Ho escluse 12 applicazioni di forcipe su uno dei due feti in parto gemellare oppure nell'interesse della madre per eclampsia. Era naturale questa eliminazione di casi in cui i bambini poco sviluppati avrebbero aggravato il quoziente di mortalità extra-genitale, in cui la vita del feto era già compromessa per la malattia materna.

---

(1) G. Calderini. « Andamento del R. Istituto Ostetrico di Parma dal 31 Ottobre 1872 al 1.° Novembre 1884 ecc. » *Gazz. delle Cliniche* di Torino, 1885, N. 19-20. — « Il quinquennio 1884-85-86-87-88-89 nel R. Istituto Ost. Ginec. di Parma. » *Ateneo Medico Parmense,* Anno 3.°, Fasc. 3-4. — « Il triennio 1889-90-91-92 con accenno al ventennio 1872-92 nel R. Istit. Ost. Ginec. di Parma ann. alla Maternità. » *Gazzetta Medica* di Torino, N. 40, 41, 46, 1893. — Il rendiconto di quest' ultimo biennio non fu ancora pubblicato.

(2) I. Munchmeyer. « Ueber die Entbindungen m. d. Zange an der K. Frauenk. in Dresden. » *Arch. f. Gyn.*, Vol. 36, Parte 1.ª Berlino, 1889, pag. 2, tav. prima.

Come a priori si può pensare, non sempre è possibile stabilire se un feto ad es. nato morto morì per la causa per cui il forcipe era indicato oppure per il fatto della operazione. *Non mi pare giusto quindi di insistere a proposito di quest'operazione*, come anche a proposito di altre, *sulle percentuali di mortalità in travaglio.* E bene a ragione il Kaltenbach e il Runge nei loro trattati di ostetricia preferiscono parlando della prognosi fetale immediata del forcipe astenersi dal dare delle cifre. E ben fu scritto « che è difficile apprezzare esattamente la gravezza dell'operazione per il feto, giacchè nella maggior parte delle statistiche è indicato solamente il numero dei feti che son morti e non la causa che ha reso necessario l'intervento dell'arte, ed in conseguenza senza nulla insegnarci sulla probabile gravezza dell'operazione in un dato caso. Così il pericolo cui è esposto il feto, quando la sola resistenza delle parti molli richiede l'uso del forcipe, non è paragonabile a quello che lo minaccia quando la testa è arrestata da un restringimento del bacino. Così il tempo trascorso dalla rottura del sacco al momento in cui l'ostetrico interviene deve avere influenza sull'atto operativo » (1). Alcuni però esposero dei dati numerici. La statistica depurata della Clinica di Leopold (2) darebbe il 12 0[0 di mortalità fetale in travaglio; quella di Hecker il 26 0[0; quella di Poppel (3) « unicamente per causa del forcipe » il 10.8 0[0; infine quella del Dührssen il 5.4 0[0 (4). Non vale lo stabilire un confronto tra i dati delle cliniche tedesche — a meno che non si vogliano escludere le applicazioni allo stretto superiore — perchè l'applicazione di forcipe allo stretto superiore è dalla scuola tedesca combattuta come un' operazione, e così la chiamano, atipica. Infatti nella clinica di Gusserow, e cito questi per darmi ragione della minima mortalità di Dührssen, si insegna che, perchè l' applicazione di forcipe sia permessa, la testa deve aver già superato colla sua grande circonferenza lo stretto superiore e non deve trovarsi in rapporto col diametro trasverso del bacino, ed il Runge a pag. 217 e 218 della se-

---

(1) CASEAUX e TARNIER « Trattato di Ostetricia, » traduzione italiana con note di Chiara, Morisani e Tibone. L. Vallardi, Napoli, 1883, pag. 949.

(2) MUNCHMEYER, loc. cit.

(3) Cit da Schröder. « Manuale di Ostetricia » traduz. ital., 3ª. ediz., pag. 328.

(4) DUHRSSEN. « Geburtsh. Vadem » 3.ª Ediz. tedesca, Berlino, 91, pag. 164.

conda edizione tedesca (1894) del suo trattato scrive « che del forcipe oggi non si ammette altra azione all'infuori della traente e che la testa deve essere colla sua maggior circonferenza già nello scavo. »

E non è possibile il dare cifre numeriche delle mortalità fetali in travaglio e lo stabilire dei confronti a proposito delle applicazioni, come vedremo, allo stretto superiore, perchè nei diversi rendiconti non sempre trovansi nettamente accennate le indicazioni, i gradi e le forme di viziatura pelvica, il volume vero della testa del bambino (misurata invece appena dopo il parto) e tutte quelle circostanze speciali che accompagnando il travaglio possono aver compromessa la vita del feto. A proposito ancora delle applicazioni allo stretto superiore nei casi della clinica non ho fatto alcuna selezione arbitraria, proponendomi sopratutto di studiare le mortalità extra-genitali. Perciò la cifra delle mortalità in travaglio relativa ad esse, che più avanti esporremo, è piuttosto alta.

Dei 123 casi da me considerati nel presente studio, 60 si riferiscono ad applicazioni di forcipe fatte su donne con bacino normale nell'interesse del feto o della madre nello scavo (27 casi) o allo stretto inferiore (33 casi).

Alla fine di Luglio 1894 di questi 60 bambini estratti col forcipe 30 erano morti. Morirono precisamente:

		In travaglio	Nella 1.ª XV.ª 1.° m.	Nel 1.° mese	Nel 1.° anno	Nel 2.° anno	Nel 5-6.° anno	Totale	Sopravvivono
Scavo	27	2	5	5	10	1	1	14	13
Stretto infer. .	33	1	8	9	14	—	1	16	17
	60	3	13	14	24	1	2	30	30

Calcolando le mortalità per 0[0 nelle diverse epoche di vita abbiamo le seguenti cifre:

	Riassuntiva	Scavo	Stretto inf.
In travaglio	5.00 0[0	7.40	3.03
Nella 1.° quindicina 1.° mese . .	22.80 »	20.00	25.00
Nel 1.° mese	24.57 »	20.00	28.12
Nel 1.° anno	42.10 »	40.00	43.75
Mortalità extra-genitale . . .	47.37 »	48.00	46.87
» generale	50.00 »	51.78	48.48
Quoziente di sopravvivenza . .	50.00 »	48.22	51.52

Su donne con bacino ristretto furono da me studiate 63 applicazioni di forcipe allo stretto superiore, nello scavo e allo stretto inferiore. Dei 63 bambini, dei quali 20 nacquero morti in travaglio, rimangono, al 31 luglio in vita 20. Morirono 43 bambini come segue:

	Forma e grado della stenosi	Dove l'appl.?	Num. casi	Nati morti	I.ª XV.ª 1.° m.	1.° mese	2.° mese	6-12 mese	1.° anno	2.° anno	Totale morti	Sopravv.
	1. Total. reg. ristr. C. V. 80-85-90	str. sup.	3	2	—	—	1	—	1	—	3	—
		str. inf.	1	—	—	—	—	1	1	—	1	—
2. Total. ristr. piatto	C. V. 7-76 . .	str. sup.	5	3	1	1	—	—	1	—	4	1
		scavo . .	1	—	1	1	—	—	1	—	1	—
	C. V. 8-85 . .	str. sup.	7	5	1	1	—	—	1	1	7	—
		str. inf.	3	—	—	1	—	1	2	—	2	1
	C. V. 9-85 . .	str. sup.	2	—	1	2	—	—	2	—	2	—
		scavo . .	3	1	—	—	—	—	—	—	1	2
		str. inf.	2	—	2	2	—	—	2	—	2	—
3. Parzial. ristretto piatto	C. V. 8-85 . .	str. sup.	4	2	1	1	—	—	1	1	4	—
		scavo . .	3	—	2	2	—	—	2	—	2	1
		str. inf.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	C. V. 88-90 .	str. sup.	6	3	1	1	—	—	1	—	4	2
		scavo . .	9	2	1	1	1	1	3	—	5	4
		str. inf.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	C. V. 95-10 .	str. sup.	4	2	—	—	—	1	1	—	3	1
		scavo . .	5	—	1	1	1	—	2	—	2	3
		str. inf.	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3
		Totale . .	63	20	12	14	3	4	21	2	43	20

Col calcolo delle mortalità abbiamo per i bambini nati col forcipe da donne con stenosi pelviche le seguenti cifre per cento:

In travaglio	31.73
Nella 1.ª quindicina del 1.° mese	27.90
Nel 1.° mese	32.55
Nel 1.° anno	48.83
Nel 2.° anno	4.65
Mortalità extra-genitale	53.49
» generale	68.25
Quoziente di sopravvivenza	31.75

Ma i quozienti di mortalità non sono eguali nelle applicazioni di forcipe allo stretto superiore, nello scavo, allo stretto inferiore, fatte tanto su donne con stenosi quanto su donne con bacino normale. Dalle cifre esposte si ricavano infatti i seguenti quozienti:

A. *Bacini viziati:*

	In travaglio	Nella 1.ª XV.ª 1.° m.	Nel 1.° mese	Nel 1.° anno	Nel 2.° anno	Mortal. extra-gen.	Mortal. generale	Quoz. di sopravviv.
Stretto sup.	54. 83 %	35. 71	42 85	57. 14	14. 28	71. 42	87. 00	12. 90
Scavo . . .	12. 50 »	23. 80	28. 57	47. 61	—	47. 61	54. 16	45. 84
Stretto inf.	—	—	25. 00	37. 50	—	—	—	—

B. *Bacini normali:*

Scavo . . .	7. 40 %	20. 00	20. 00	40. 00	—	48. 00	51. 78	48. 22
Stretto inf.	3. 03 »	25. 00	28. 12	43. 75	—	46. 87	48. 48	51. 52

Riunendo tutte le applicazioni di forcipe le mortalità 0[0 divise come sopra sarebbero:

C. *Bacini normali e viziati:*

Stretto sup.	54. 83 %	35. 71	42. 85	57. 14	14. 28	71. 42	87. 09	12. 90
Scavo . . .	9. 80 »	21 74	23. 91	43. 48	—	47. 82	52. 94	47. 06
Stretto inf.	2. 44 »	25. 00	27. 50	42. 50	—	—	—	—

A proposito delle mortalità nelle applicazioni di forcipe allo stretto inferiore devo fare qualche osservazione.

Bisogna tener conto delle maggiori percentuali di mortalitá in travaglio nelle applicazioni di forcipe nello scavo per comprendere le mortalità maggiori nella prima XV, nel 1.° mese e nel 1.° anno dei bambini nati col forcipe allo stretto inferiore. Non ho aggiunto le mortalità generali ed extra-genitati totali per queste applicazioni di forcipe, unicamente per la ragione che essendo esse state fatte nel maggior numero in questi ultimi anni, le percentuali non sarebbero comparabili con cifre raccolte con un materiale di confronto rappresentato da 14 anni di vita.

È nota la ragione per cui Michaelis insisteva nel considerare i gradi dei bacini ristretti un po' diversamente a seconda che la pelvi era ristretta in tutti o in parte dei suoi diametri. Per questo appunto volli

differenziare le varie forme di bacino non tenendo calcolo nella tavola seguente dei gradi di stenosi.

E precisamente dalla mia ricerca risulterebbe, come segue, *che non solo le mortalità intra-genitali, ma anche le extra-genitali seguono una regola costante e che massime sono nei bacini totalmente regolarmente ristretti, minime invece nei bacini parzialmente ristretti piatti di 1.° grado.*

	Mortalità			Quoziente di sopravvivenza
	in travaglio	extra-genit.	generale	
Bacino totalm. regol. ristretto	66.00	100	100	—
» totalm. ristretto piatto	39.13	85.71	82.60	17.40
» parzialm. ristretto piatto . . .	25.00	40.74	55.55	44.45
» parzial. ristr. piatto di 1.° grado	22.00	30.00	41.66	—

Nel considerare però con criterî retrospettivi la mortalità dei bambini nati con applicazioni di forcipe, si deve partire anche da un altro punto di vista: dal rapporto cioè tra l'ampiezza del canale genitale per il quale il feto deve passare e il volume della testa di questo.

Con tale concetto possiamo dividere i nostri casi in tre classi.

Nella prima comprenderemo quelle applicazioni di forcipe fatte in donne aventi bacini la cui C. V. misurava una lunghezza maggiore del diametro Bp. a. del feto (1); nella seconda quei casi in cui la C. V. e il Bp. a. erano uguali; nella terza infine i casi in cui il D. Bp. a. del feto era, qualche giorno dopo la nascita, maggiore del diametro principale del bacino attraverso al quale doveva passare.

Scrissi: qualche giorno dopo la nascita. Infatti noi sappiamo, come dimostrarono Olshausen e Bäcker, che in via generale tutte le forme di teste di bambini nati in presentazione di vertice sono anormali e che il tipo della testa fetale è dato dal feto nato col taglio cesareo. Il Bäcker da esami fatti (2) su 192 bambini nati, in presentazione di vertice, subito dopo il parto e 8 giorni dopo la nascita, dimostrò che la testa si riduce per il travaglio in tutti i suoi diametri (ad eccezione del D.

---

(1) Considero il Bp. a. e non il Bp. o. perchè quest'ultimo diametro non fu misurato in tutti casi.

(2) I. Baecker. « Die passiven geburtsfactoren. » *Arch. f. Gyn.*, Vol. 40, Parte II, pag. 275, 288.

M.) e che il maggior impicciolimento si riscontra nel Sbr. e nel Bt. (cm. 0,45-0,44).

Non solo le parti molli ma anche le parti ossee del bacino, e con maggior ragione, producono questa diminuzione di volume, questo cambiamento di forma. All' 8.° giorno dalla nascita i feti partoriti da donne aventi bacino normale, semplicemente piatto, totalmente regolarmente ristretto, totalmente ristretto piatto, hanno la testa presentante quasi la medesima grossezza e figura. Le misure invece subito dopo il parto dimostrano che ogni singola forma di bacino rappresenta, durante il parto, come uno stampo per l'impronta che la testa riceve da una data specie di pelvi. L'aumento quindi nei diversi diametri della scatola cranica non è uguale per tutti i diametri quando il feto nasce in presentazione cefalica, sia il bacino ristretto o no, mentre invece per i feti nati in presentazione podalica l'aumento avviene nei primi 8 giorni regolarmente.

A questo proposito sarebbe interessante di poter ottenere in modo plastico la forma della testa dei feti nati con operazioni ostetriche subito dopo il parto e qualche tempo dopo, quando le deformità vanno scomparendo. Malauguratamente alcune esperienze da me istituite a questo riguardo non riuscirono colla necessaria precisione e le poche osservazioni fatte non mi autorizzano a concludere in modo preciso.

	Numero dei casi	Nati morti	Morti 1.ª XV.ª	1.° mese	1.° anno	Poi	Morti	Sopravvivono
1.° C. V. > Bp. a. . . .	84	7	16	17	31	5	43	41
2.° C. V. = Bp. a. . .	10	4	1	2	3	—	7	3
3.° C. V. < Bp. a. . .	29	13	7	8	9	1	23	6

Le mortalità per cento sarebbero come segue:

	C. V. > del D. Bp. a.	C. V. = al D. Bp. a.	C. V. < del D. Bp. a.
In travaglio	8. 33	40. 00	44. 83
Nella 1.ª quindicina del 1.° mese . . .	20. 77	—	43. 75
Nel 1.° mese	22. 07	33. 32	50. 00
Nel 1.° anno	40. 26	50. 00	56. 25
Mortalità extra-genitale	46. 76	50. 00	62. 50
» generale	51. 19	70. 00	79. 31
Quoziente di sopravvivenza	48. 81	30. 00	20. 69

Confrontando questi dati con quelli da me ottenuti calcolando la mortalità extra ed intra-genitale dei bambini, nati da donne con bacino viziato, con parto non operativo, vediamo che le mortalità sono diverse e precisamente tanto diverse da autorizzarci ad ammettere, cogli autori tedeschi, *che per sè solo un bacino ristretto contro-indica un'applicazione di forcipe per quanto riguarda, ben inteso, la prognosi fetale.*

Come abbiamo una mortalità intra ed extra-genitale diversa a seconda della proporzione esistente tra la coniugata e il diametro bip. del feto così, per la stessa ragione, le dette mortalità sono maggiori per i feti maschi nati col forcipe; ed il numero delle applicazioni di forcipe su bambini di sesso maschile è sensibilmente maggiore (69. 11 0[0) del numero di applicazioni di forcipe su quelli dell' altro sesso (30. 89 0[0).

Rapporto quest'ultimo che fu già notato da parecchi autori (1).

Delle 123 applicazioni di forcipe da me prese ad argomento di studio 85 furono fatte su maschi, 38 su femmine.

Dividendo il nostro materiale secondo questo concetto, abbiamo i seguenti dati:

	Numero applicaz.		Nati morti		Morti 1.ª XV.ª 1.° m.		Morti 1.° mese		Morti 1.° anno		Morti 2-6 anni		Totale morti		Sopravvivenza	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
Bacino viziato.	45	18	16	4	10	2	12	2	16	4	1	2	33	10	12	8
Bac. normale .	40	20	3	—	10	3	10	4	14	9	1	3	18	12	22	8
	85	38	19	4	20	5	22	6	30	13	2	5	51	22	34	16

Bacini normali e viziati:

Stretto super..	23	7	13	3	4	1	5	1	7	1	—	2	20	6	3	1
Scavo	36	15	5	1	9	1	10	1	14	4	1	2	20	7	16	8
Stretto infer. .	26	16	1	—	7	3	7	4	9	8	1	1	11	9	15	7
	85	38	19	4	20	5	22	6	30	13	2	5	51	22	34	16

(1) Come dimostrarono tra di noi il prof. Calderini, i dott. Marchionneschi e La Torre e fuori d'Italia specialmente Simpson, Budin e Clarke, per il peso e la lunghezza minore delle femmine, queste hanno anche i diametri della testa proporzionalmente più piccol . Il Goenner ultimamente ha anche osservato la stessa cosa. Nessun scrittore però ha richiamato, a questo proposito, un fatto che si sarebbe osservato in alcuni animali (vedi nel « Tratt. di ostetricia » del FLEMING, trad. italiana, Torino, 1893, le aggiunte del dott. R. Bassi a pag. 845, 847, 848).

e le seguenti percentuali:

	M.	F.
Mortalità in travaglio	22.35	10.52
Nella 1.ª quindicina, 1.° mese. . . .	30.30	14.70
Nel 1.° mese	33.33	17.64
Nel 1.° anno	45.45	38.23
Mortalità extra-genitale	48.48	47.05
» generale	60.00	57.89
Quoziente di sopravvivenza.	40.00	42.11

E la mortalità extra-genitale e genitale maggiore dei maschi rispetto a quelle delle femmine si mantiene tanto nelle applicazioni allo stretto superiore quanto in quelle nello scavo. Le differenze tra le mortalità allo stretto superiore, nello scavo, in più pei maschi sarebbero così riassumibili:

	Stretto superiore	Scavo
In travaglio	+ 13.67	+ 7.22
Extra-genitale	+ 5.00	+ 5.53
Generale.	+ 1.24	+ 8.89
Sopravvivenza	— 1.24	— 8.89

La causa della maggior mortalità extra-uterina in generi dei bambini maschi nati col forcipe, ancor più sensibile nelle applicazioni allo stretto superiore, è la medesima che spiega la maggior frequenza del forcipe applicato sui feti maschi.

Molti dei bambini così estratti presentarono delle lesioni più o meno gravi. Furono osservate sulla testa a volte solamente le traccie del punto dove appoggiarono le cucchiaja e i morsi di esse, a volte delle vere fratture. Nel 54.47 0[0 dei nostri bambini il forcipe aveva lasciato traccia di sè. E la cifra piuttosto elevata trova spiegazione nell'accuratezza con cui furono sempre redatte le cartelle ostetriche e pediatriche, nel fatto che i bambini sono tenuti in osservazione nel brefotrofio, annesso, come dissi, all'istituto, giornalmente dal personale sanitario. La frequenza delle lesioni lasciate dal forcipe è maggiore quando l'applicazione è fatta in donna con bacino viziato e su testa allo stretto superiore:

Forcipe bacino viziato	63.48 %
» bacino normale	45.00 »
» allo stretto superiore	70.96 »
» nello scavo	64.70 »
» allo stretto inferiore	27.80 »

Non voglio occuparmi in modo dettagliato delle diverse lesioni che furono osservate. Studî di questo genere furon fatti accuratamente, e basti il citare il capitolo del Küstner: « Die Verletzungen des Kindes bei der Geburt » pubblicato nel trattato del Müller e le note figure e osservazioni del Fritsch riprodotte dal Küstner stesso e in parecchi trattati. Comprendendo, per brevità, in categorie molto complesse i singoli casi, abbiamo suddiviso come segue il nostro materiale:

A. *Bacino normale.*		N.° dei casi	Nati morti	Morirono nella I.ª XV.ª	Morirono nel I.° mese	Morirono nel I.° anno	Morirono poi	Totale morti	Sopravvivono
Traccie leggiere dell'app. di forc.	scavo .	5		1	1	2	1	2	3
	str. inf.	4		1	1	3		4	—
Impressioni	scavo. .	5		1	1	3		3	2
	str. inf.	2							2
Accavallamento delle ossa . .	scavo. .	1				1		1	—
	str. inf.	1		1	1	1		1	—
Leggiere contus. e scalfitture	scavo. .	3		1	1	1	1	2	1
	str. inf.	3		1	2	2		2	1
Contusioni gravi - scavo		3	1			1	1	3	—
		27	1	6	7	14	3	18	9

B. *Bacini viziati.*		N.° dei casi	Nati morti	Morirono nella I.ª XV.ª	Morirono nel I.° mese	Morirono nel I.° anno	Morirono poi	Totale morti	Sopravvivono
Traccie leggiere dell'app. di forc. - scavo		3	—	—	—	—	—	—	3
Impressioni	str. sup.	8	2	2	2	3	—	5	3
	scavo . .	3	—	1	1	2	—	2	1
Leggiere contusioni	str. sup.	1	—	—	—	—	1	1	—
	scavo . .	3	—	1	1	2	—	2	1
	str. inf. .	2	—	—	—	—	—	—	2
Contusioni gravi	stretto sup.	10	6	1	2	3	1	10	—
Appiatt. Depressioni. Abrasioni .	scavo	6	2	3	3	3	—	5	1
Fratture craniche . . .	str. sup. . .	3	3	—	—	—	—	3	—
	p. alta scavo	1	1	—	—	—	—	1	—
		40	14	8	9	13	2	29	11

La mortalità extra-genitale quindi sarebbe:

1) per i bambini nati col forcipe e present. lesioni sulla testa . del 61.53 %
2) » » » » » » » poco gravi . . » 52.50 »
3) » » » » » » » più gravi . . » 91.66 »
4) » » » » » app. allo str. sup. e pres. lesioni. » 72.72 »
5) » » » » » » nello scavo » » . » 58.62 »
6) » » » » » » allo str. infer. » » . » 58.33 »

I quozienti invece di sopravvivenza corrisponderebbero:

nel 1.° caso .	al 29.85 %	nel 4.° caso .	al 13.64 %
» 2.° » .	» 45.24 »	» 5.° » .	» 36.37 »
» 3.° » .	» 4.00 »	» 6.° » .	» 41.67 »

Riassumendo i dati già esposti a proposito dei bambini nati col forcipe abbiamo le seguenti percentuali di mortalità extra-uterina ed i seguenti quozienti di soppravvivenza:

	Mortalità				
	nella 1.ª XV.ª 1.° m.	nel 1.° mese	nel 1.° anno	Mort. extra genit. tot.	Quoz. di sopravviv.ª
Per confronto	10.44	15.95	35.69	46.15	53.46
. . . . .	8.00	13.00	30.00	46.00	54.00
Forcipe senza distinzione di casi . . .	25.00	28.00	49.00	50.00	50.00
» in bacino normale	22.80	24.57	42.10	47.37	50.00
» » » viziato.	27.90	32.55	48.83	53.49	31.75
» allo stretto superiore.	35.71	42.85	57.14	71.42	12.90
» nello scavo	21.74	23.91	43.48	47.82	47.06
» allo stretto inferiore	25.00	27.50	42.50	—	—
» C. V. > Bp. a.	20.77	22.07	40.26	46.76	48.81
» C. V. = Bp. a.	—	33.02	50.00	50.00	30.00
» C. V. < Bp. a.	43.75	50.00	56.25	62.50	20.69
» feti maschi	30.30	33.33	45.45	48.48	40.00
» » femmine	14.70	17.64	38.23	47.05	42.11

Trascurando ora la mortalità in travaglio dei bambini nati col forcipe, maggiore come è noto della mortalità stessa che si ha non solo nei parti naturali facili ma anche nei parti naturali difficili (in donne

però senza viziature pelviche), e che è massima nelle applicazioni di forcipe allo stretto superiore, nelle applicazioni fatte in donne con bacino totalmente regolarmente ristretto, in quelle in cui la C. V. era minore del diametro Bp. della testa fetale, possiamo dire:

1.° La mortalità extra-genitale dei bambini nati mediante applicazione di forcipe da donne con bacino normale, è di poco superiore a quella che si ha per i bambini nati in modo eutocico; è minore di poco della mortalità che si ha per i bambini nati con parto eutocico asfittici di 1.° e di 2.° grado.

La mortalità extra-genitale dei bambini nati da donne con bacino normale mediante applicazione di forcipe allo stretto inferiore è minore della mortalità stessa fetale per le applicazioni nello scavo.

Il forcipe dunque applicato lege artis in bacino normale, specie se allo stretto inferiore non pregiudica di molto la vita ulteriore del bambino.

2.° La detta mortalità extra-genitale maggiore è limitata al solo primo anno di vita. In altre parole dopo il primo anno di vita le mortalità extra-genitali dei bambini nati con parto eutocico da donne con bacino normale, da donne con bacino normale in modo naturale asfittici di 1.° o di 2.° grado, da donne con bacino normale mediante applicazione di forcipe, si corrispondono.

3.° La mortalità generale dei bambini nati con applicazione di forcipe da donne con bacino normale è maggiore del 3-4 0[0 circa di quella che si ha per i bambini nati con parto eutocico vivi e sani, maggiore di quella che si ha per i nati asfittici di 1.° grado, corrisponde invece alla mortalità generale dei nati asfittici di 2.° grado.

4.° La mortalità extra-genitale dei bambini nati con applicazione di forcipe da donne con bacino ristretto, è maggiore di quella dei bambini nati con applicazione di forcipe da donne con bacino normale e conseguentemente dei nati con parto eutocico vivi e sani; di quella dei bambini nati con parto naturale difficile da donne con bacino viziato. Avendosi in queste applicazioni di forcipe una mortalità in travaglio apprezzabile (31.73 0[0) sopravvive un numero piuttosto piccolo di bambini. E precisamente ne sopravviverebbe il 20 0[0 circa di meno dei nati in genere con parti naturali e il 13 0[0 circa di meno dei nati con parto naturale difficile da donne con bacino viziato.

5.° La mortalità extra-genitale per i nati con applicazione di for-

cipe da donne con bacino viziato è massima nel primo mese, minore poi, sempre però elevata, negli altri mesi del primo anno di vita.

6.° La mortalità extra-genitale segue con regola costante la mortalità in travaglio nei casi corrispondenti; è in relazione cioè colla forma, col grado della viziatura pelvica, col volume della testa del feto. In altre parole: è massima se l'applicazione di forcipe è fatta allo stretto superiore, se in bacino totalmente regolarmente ristretto, se su feto con un diametro Dp. maggiore della C. V., se in bacino viziato di 2.° grado.

7.° Data la grande mortalità fetale in travaglio in questi casi, i quozienti di sopravvivenza dei bambini sono piccolissimi.

8.° La mortalità intra-genitale ed extra-genitale dei nati col forcipe è maggiore sempre per i maschi. La mortalità extra-uterina è tale specialmente nel 1.° mese. Si mantiene superiore in seguito fino al 1.° anno compiuto. Alla fine del 1.° anno la detta mortalità è presso che eguale per i due sessi. Anzi sembrerebbe che avvenga, dopo il primo anno, un compenso dato da una mortalità allora maggiore delle femmine.

* * *

La letteratura ostetrica e la pediatrica sono mute a proposito della questione che mi sono proposto di studiare con questo lungo e faticoso lavoro. Qualche accenno invece trovai relativo all'influenza del forcipe sull'attività psichica nei trattati di freniatria e in una memoria del dottor Küntzel.

Il Kraft-Ebing, ad es., nell'appendice del suo « Trattato clinico-pratico delle malattie mentali » — traduzione italiana dei dott. Tonnini e Amadei, Torino, 1886 — parlando degli arresti di sviluppo della psiche umana, dell'idiozia e del cretinismo, scrive a pag. 447: « Durante la nascita le influenze nocive traumatiche possono agire sul cervello del feto e condurre all'idiozia, come ad es. nelle distocie per ristrettezza di bacino, nei parti forzati con applicazione di forcipe, nell'urto forte del capo contro le parti ossee trattandosi di parti precipitosi (Mitschell). » E Kraft-Ebing aggiunge: « Mitschell trovò che nel 2 0[0 di tutti gli idioti della Scozia la malattia era da attribuirsi a delle influenze nocive esterne, fra le quali in prima linea dovevano porsi i traumi al capo. » Ancora lo stesso cita un altro autore (Köstl) il quale scrive

di 48 casi d'imbecillità in bambini la cui malattia doveva attribuirsi esclusivamente ad un trauma del capo.

Nel volume di patologia e terapia medica speciale edito dallo Ziemssen (Vol. XVI) che tratta delle malattie mentali, redatto da Schüle, traduzione italiana, Napoli, 1883, sta scritto a pag. 416: che la cagione di alcune alterazioni della forma del cranio si potrebbe riferire ad una pressione esercitata al momento della nascita. Questa ipotesi, che lo Schüle dice plausibilissima, « apre il varco ad un novello indirizzo eziologico di molta importanza per l'origine dell'idiotismo. »

E uno dei nostri, il prof. E. Morselli, nel suo « Manuale di semeiotica delle malattie mentali » rimasto per molti anni incompiuto (Vallardi, Vol. I, 1885) a pag. 53 dice che non sono ignoti ai psichiatri gli accidenti di un soprapparto distocico, quando il feto può subir traumi, compressioni, deformità della testa oppure nascere in istato asfittico. I traumi del capo hanno nell'infanzia un'importanza grande ed essi come le convulsioni, come le meningiti, possono guarire in apparenza e i loro effetti rimanere nascosti per molti anni turbando l'equilibrio del cervello.

Partendo da questo punto di vista Küntzel nel Luglio 1891 sostenne a Berlino una tesi « Ueber den Einfluss geburtshülflicher operationen auf die geistige Entwicklung der Kinder » (1).

Prima di lui Mendel, Winkler e Bollaan, Fletscher-Beach trattarono l'argomento. Così il Küntzel riferisce le osservazioni precedentemente fatte: « furono pubblicati alcuni casi in cui l'applicazione di forcipe sembra abbia determinato l'idiotismo dei bambini. »

1.° Nel *Neurologischen Centralblatt* del 1.° Febbraio del 1887 trovasi descritto da P. D. Koch. di Copenaghen un caso di idiozia, successivo ad un'applicazione di forcipe, osservato dal prof. Mendel: « F. K. proviene da una famiglia in cui non sono dimostrabili malattie mentali o gravi forme nervose. Il padre ha 42 anni ed è ammalato di forma polmonare, non alcoolista, la madre è sana ed ha 58 anni, un fratello e una sorella di 32 e di 30 anni sono viventi e sani. Durante il parto, pare per inerzia uterina, fu fatta un'applicazione di forcipe. Il neonato venne alla luce con una ferita al capo e soffrì per tre giorni di convulsioni.

---

(1) La tesi fu pubblicata in fascicolo speciale nello stesso anno a Berlino (Otto Francke).

Non si potè raccogliere nulla di preciso sul carattere e sul decorso di tale forma convulsiva. L'idiota fu seguito dal prof. Mendel dall'ottavo anno di vita fino alla morte. »

2.° Nel *Centralblatt für Gynäkologie* del 1889 (1), trovasi una rivista fatta da A. Mijnlieff di Brenkelen di una memoria di Winkler e Bollaans sul forcipe quale causa di idiotismo (*Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde* II, N. 22). « Da Winkler fu pubblicato già da tempo un caso di alterazione simmetrica della corteccia cerebrale riscontrata in un idiota. Essendo stato partorito il paziente coll'aiuto del forcipe, venne attribuita all'istrumento una grande importanza dal punto di vista eziologico quantunque non fossero dimostrabili sulla testa segni di compressione. Da tale epoca fu cercato questo momento causale negli idioti e su dieci casi in cui fu fatta l'autopsia 2 volte il reperto fu positivo. Anche sulla testa di 25 idioti viventi, sei volte si riscontrarono impressioni bilaterali. Quantunque gli autori ammettano che non sempre tutte le impressioni craniche siano dovute al forcipe, essi credono tuttavia che frequentemente il forcipe sia causa di idiotismo. »

3.° Nel secondo caso di W. e B. « trattavasi di una donna nata col forcipe, idiota fin dall'infanzia, che per 40 anni era stata curata nel manicomio di Utrecht, gracile, alta 1,27, con testa, arti e torace pure poco sviluppati. Poteva eseguire tutti i movimenti; solo i così detti movimenti isolati le riuscivano difficili. Poche parole poteva pronunciare. All'età di 60 anni morì di marasmo senile. Un'ora dopo la morte fu fatta l'autopsia. A ciascun lato della sutura sagittale riscontraronsi profonde impressioni specialmente a destra. Quivi l'impressione aveva una profondità di 2 mm. ed una larghezza massima di mm. 12. Posteriormente al punto depresso d'ambo i lati lungo la sutura sagittale trovavasi una tumefazione sferica. In corrispondenza di queste impressioni craniche avevansi delle alterazioni nella sostanza cerebrale.

In questo caso si dovette attribuire all'azione meccanica del forcipe la modificazione bilaterale della sostanza corticale, pur essendo le membrane del cervello integre. Il substrato di cui sopra — la distruzione della parte grigia non era completa e solo per alcuni mm. era interessata nel

---

(1) Nel lavoro di Küntzel è riprodotta in extenso la detta rivista. (Vedi *Centr. f. Gyn.*, N. 34, pagina 606-607.

processo anche la sostanza bianca — aveva prodotto atrofie multiple secondarie e anzitutto l'atrofia generale del cervello. Winkler e Bollaan trovano un forte argomento in questo caso a sostegno della loro tesi che le impressioni craniche prodotte durante il parto da manovre istrumentali, anche quando non determinano la frattura del cranio, possono causare alterazioni della corteccia che alla loro volta determinano un'atrofia generale degli emisferi e, in altre parole, l'idiotismo. Essi sono perciò propensi a credere che l'uso del forcipe possa essere la causa più diretta dell'idiozia. »

A queste parole l'A. della rivista sul *Centralblatt f. Gyn.* aggiunge: « Quantunque sia senza dubbio giusta l'interpretazione data ai casi accennati crede egli che i medici non debbano ammettere come controindicazione all'applicazione del forcipe la possibilità assai rara dell'idiotismo causato in questo modo, tanto più che fino ad oggi non si è potuto bene stabilire sia meno dannoso un lungo passaggio della testa, pur lungamente soggetta alle compressioni attraverso alla filiera pelvica, di un'applicazione di forcipe fatta in modo perfetto. »

Anche Fletscher Beach non ammette, partendo da questo punto di vista, una limitazione nell'uso del forcipe. A proposito di tale argomento nel *The Lancet* (12. IV. 89) trovasi scritto: « È l'applicazione del forcipe una causa di idiotismo? » A questa domanda Fletscher Beach, medico in un istituto di bambini idioti, crede di rispondere in modo negativo dopo l'esame di un materiale statistico numeroso. In 810 casi, in cui riuscì a raccogliere l'anamnesi accuratamente, trovò che in seguito ad applicazioni di forcipe eransi avuti disturbi intellettivi solamente 35 volte (4. 3 0[0), mentre all'incontro 216 volte (26. 6 0[0) per parti prolungati e difficili senza intervento istrumentale s'erano prodotte le accennate lesioni. Inoltre nel maggior numero i nati in quest'ultimo modo non solo erano venuti alla luce asfittici, ma presentavano alterate funzionalità degli arti o convulsioni o la testa compressa in senso trasverso pallida, deformata. Dei 35 primi casi solo sette bambini erano deperiti o paralitici. Da queste osservazioni l'A. conclude che debba preferirsi l'applicazione del forcipe a un travaglio protratto e difficile, consigliando i medici di non seguire le norme dei detti autori di usare cioè solo in casi eccezionalissimi il forcipe.

L'accurato lavoro del Küntzel fu fatto con un concetto diverso da quello dal quale sono partito io.

Egli seguì 49 bambini nati con applicazione di forcipe e 26 nati con rivolgimento ed estrazione podalica, essendo il bacino materno ristretto e raccolse i dati anamnestici di 450 idioti (2. 02 0[0 nati col forcipe) ricoverati nel manicomio di Dalldorf. Küntzel pone termine al suo lavoro scrivendo: « Il risultato delle mie ricerche è che in generale non sono le operazioni ostetriche da considerare quale causa dell'idiotismo dei bambini e che ai travagli protratti e laboriosi è preferibile l'applicazione di forcipe appena insorga un pericolo per la madre e per il feto. »

Anch'io sottoscrivo in parte alle conclusioni dell'allievo di Gusserow. Nessuno dei bambini da me seguiti ammalò di forma mentale e il numero dei nati col forcipe la cui intelligenza si è poco sviluppata è molto limitato.

Un'influenza invece molto più dannosa hanno specialmente alcune applicazioni di forcipe come già vedemmo. E la spiegazione di questi fatti possiamo trovarla nella compressione che sulla testa del feto viene determinata, specie se l'operazione è fatta allo stretto superiore, in cui l'istrumento è applicato direttamente e quindi in senso poco utile riguardo alla ristrettezza antero-posteriore del bacino; nelle trazioni che si esercitano sulla porzione cervicale del corpo del bambino, forse anche nelle contrazioni che sotto l'influenza dell'azione dinamica del forcipe possono farsi più energiche e protratte.

Aggiungasi ancora che Frankenhäuser ha descritto una notevole diminuzione nella frequenza del polso fetale per il fatto dell'applicazione del forcipe, dovuta alla compressione che subisce con essa il cervello e precisamente all'eccitazione meccanica delle radici del vago (1) e che Keller (2) mettendo a nudo le vene del collo, ha notato che una compressione fatta semplicemente colla mano o col forcipe sulla testa determinava un riempimento sanguigno maggiore delle vene cervicali.

Diceva che possiamo trovare la spiegazione dei fatti da me raccolti ed osservati nella compressione prodotta sulla testa del feto dalle cucchiaia del forcipe. A proposito di tale argomento ricordo due lavori italiani, del Truzzi e del Tibone.

---

(1) W. Preyer. « Specielle Physiologie des embryo » pag. 61, Lipsia, 1885.

(2) Citato da Bäcker, loco citato, pag. 231.

Il Truzzi, nel 1882 (1), studiando un caso da lui seguito — quando era assistente nella Clinica dove appunto ora mi trovo io — di asfissia fetale da compressione dell'encefalo per deficiente ossificazione del cranio, pubblicò uno studio ricco di osservazioni personali. A pag. 9 della citata memoria il Truzzi scrive: « che resta a sapersi se la compressione del cervello del feto sia o meno funesta alla vita di esso e possa per sè sola essere causa di morte durante il travaglio — ed è qui che nel campo ostetrico esiste una vera anarchia. Alcuni fanno professione di ottimismo e credono che il feto possa subire anche notevole compressione cerebrale durante il travaglio senza che glie ne venga grave pericolo: altri invece si atteggiano a pessimisti e paventano le più insignificanti pressioni sull'encefalo, come quelle che se anche non producono la morte del feto, non possono però essere causa di futuri disturbi funzionali dei centri nervosi, e sopratutto di idiozia. »

Anche oggi la questione non è punto risolta. E tanto nel campo della fisiologia sperimentale, dove si ricordano ancora le esperienze del Leyden fatte su cani sulle conseguenze della pressione encefalica (vedi Truzzi, memoria citata, pag. 12 e il lavoro di Tibone, pag. 557) e i risultati ottenuti dal Frankenhäuser, quanto nel campo della patologia, poco o nulla si è aggiunto di nuovo.

Il lavoro magistrale dello Schultze sull'asfissia rimane sempre come punto di partenza di considerazioni speciali che sulla questione si possono fare. E l'idea dello Schultze « che l'asfissia dovuta a compressione cerebrale è assai meno grave e per sè stessa incapace a compromettere durante il parto la vita del feto » ha conferma nei casi clinici. Venuto poi questo alla luce, scrive il Tibone (2), per la compressione del cervello essendo caduto in paralisi il centro respiratorio, deve per necessità soccombere perchè non è possibile attivare la funzione del respiro, inefficaci riescendo tutti gli stimoli a quella vincere. Questa giusta interpretazione relativa a casi speciali, può spiegare, quando la compressione

---

(1) E. Truzzi. « Di una rara causa di morte spontanea del feto. Contributo allo studio dell'asfissia dei neonati. » Milano, 1882. Estratto degli *Annali universali di Medicina*, Vol. 261.

(2) D. Tibone. « Contributo allo studio delle cause della morte del feto nel corso del sopraparto. » Atti del XII Congresso della Associazione medica italiana tenuto in Pavia nel Settembre 1887, Vol. I, pag. 560-561.

non sia stata tanto forte da rendere impossibile la riattivazione della funzione del respiro, molte forme morbose che si riscontrano nei nati col forcipe e che aggravano in essi i quozienti di mortalità extra-genitale specie nei primi momenti della vita.

* * *

Nella Clinica di Parma nacquero, con estrazione podalica, 33 bambini. Volendo limitare il mio studio a quelli che prima dell' estrazione erano vivi e che presentavano uno sviluppo pressochè normale, ne seguii solamente 26. In 18 casi il bacino attraverso la quale passarono era normale, in 8 casi era ristretto (parzialmente piatto) di 1.° grado. In questi ultimi casi non esisteva proporzione apprezzabile tra i diametri trasversi della testa e la C. V.; ragione per cui tenni anche di essi calcolo. Riassumo i dati così:

N.° casi	Nati morti	1.ª XV.ª	2.ª XV.ª	1.° mese	1.° anno	Totale morti	Sopravvivono
20	6	2	2	4	7	13	13

Morti in travaglio	23.07 %
» nel 1.° mese	20.00 »
» nel 1.° anno	35.00 »
» extra-genitale	35.00 »
» generale	50.00 »
Quoziente di sopravvivenza.	50.00 »

Lo Spiegelberg (1) dà una mortalita fetale in travaglio superiore al 20 0[0. Il Fehling (2) ricordando una statistica del Granducato di Baden, dà le seguenti cifre: 35.02-23.05-25.00 0[0, ed il rimpianto professor Cuzzi nel suo trattato (3), citando un lavoro dell'Inverardi, scrive che la mortalità fetale dell' Inverardi in travaglio e nei primi momenti di vita sarebbe del 30 0[0 corrispondente a quella trovata da Churschill, di molto superiore della mortalità data da Porak (8.00 0[0).

Ma non tutte le presentazioni podaliche, osservava giustamente il

(1) « Lehrbuch f. Geb. » Lahr. 1878, Vol. I, pag. 179

(2) « Müller's Handbuch. » Vol. III, Parte X, pag. 111, 1889.

(3) Vol. I, pag. 674, Milano, Vallardi.

prof. Cuzzi, presentano la stessa mortalità. Il Kaltenbach infatti, nel trattato che vide la luce poco prima della sua morte, scrive a pag. 119: « che la mortalità fetale in travaglio oscilla — secondo i principii direttivi nell'assistenza del parto — dal 10 al 20 al 30 0[0. »

Come si vede dunque, la mortalità che colle nostre cifre abbiamo è corrispondente in genere a quella data dagli autori: e la media delle diverse cifre è sempre rappresentata da una percentuale abbastanza elevata, maggiore di quella che si ha per le applicazioni in genere di forcipe; maggiore di quella del parto prematuro provocato per viziatura pelvica data dai casi della clinica di Parma, minore di poco della medesima mortalità calcolata però con un numero grande di casi di diversi autori; solo in modo assoluto minore della mortalità in travaglio dei nati con applicazione atipica di forcipe, con rivolgimento alla Braxton Hicks e successiva estrazione podalica.

Un' osservazione è necessaria: nel maggior numero dei nostri casi trattavasi di primipare, solo 8 volte su 26 si ebbe una presentazione podalica completa e in 10 casi si incontrarono delle difficoltà nel disimpegno della testa.

Nessuna lesione speciale degna di nota si riscontrò nei 26 bambini così partoriti. Dei 20 bambini di cui seguii le sorti, 5 vagirono subito, 11 nacquero leggermente asfittici e furono in pochissimo tempo rianimati, 4 invece nacquero asfittici di 2.° grado e furono richiamati a vita in un tempo più o meno luogo.

Non così invece per la mortalità extra-genitale.

E qui debbo limitarmi ai miei casi non avendo trovato che altri abbiano fatto un lavoro di questo genere.

La mortalità extra-genitale dei bambini nati con estrazione podalica sarebbe minore — se si eccettuino i nati per via cesarea — di quella ottenuta da me in tutti gli altri casi.

E bene si spiega la ragione di questo fatto pensando: 1.° che, dati tutti i fattori i quali mettono in pericolo la vita del bambino nel disimpegno della metà superiore del tronco e della testa principalmente, molti dei bambini, i quali presenterebbero poi resistenza minore alle influenze esterne se rimanessero in vita, possano soccombere; 2.° che la testa del feto debba aver attraversato un bacino certo non gravemente viziato — e ben si conoscono i pericoli cui va incontro il feto nell' estrazione la-

boriosa della testa posteriore al tronco; 3.° che la testa fetale abbia subìto da parte del bacino una compressione limitata per il tempo e per la forza minore di certo della compressione che la testa deve subire nei parti naturali in presentazione cefalica.

E ancora: nella sola 1.ª quindicina del 1.° mese di vita e complessivamente nel 1.° anno di vita, la mortalità dei bambini nati con estrazione podalica è di poco inferiore alla corrispondente dei bambini nati in genere con parti naturali anche facili.

Non seguono questa regola i quozienti di sopravvivenza per la grande mortalità in travaglio che si ha nelle estrazioni podaliche.

* * *

Anche per il rivolgimento con successiva estrazione podalica faremo una selezione, non però arbitraria, dei nostri casi.

Trascureremo cioè 14 casi in cui l'operazione fu fatta nel solo interesse della madre, essendo già il bambino morto o morente prima dell'atto operativo, comprendendo nel numero di 20 casi di cui diremo, anche rivolgimenti fatti in presentazione cefalica nell'interesse del bambino, essendo il cordone prolassato. In 4 dei 20 casi il bacino era normale. L'operazione fu fatta a scopo profilattico 10 volte. In altri 6 casi alla stenosi si accompagnava procidenza o prolasso del cordone. In 4 casi il rivolgimento fu unicamente indicato dalla situazione trasversa del feto. Ai 20 rivolgimenti detti aggiungasene un altro, seguito dall'estrazione podalica, fatto previa sinfisiotomia, col quale si ebbe alla luce un bambino bene sviluppato, vivo e ancor vivente.

I rivolgimenti tutti, essendo in atto le volute condizioni permittenti, riuscirono facili. L'estrazione podalica successiva fu difficile in 20 casi.

Riassumiamo le nostre cifre:

	Numero dei casi	Morirono durante la nascita	Morirono nella I.ª XV.ª	Morirono nel I.° mese	Morirono nel I.° anno	Totale morti	Sopravvivono
Bacino normale	4	1	1	1	1	3	1
» viziato	16	3	4	4	10	13	3
Totale .	20	4	5	5	11	16	4

Mortalità in travaglio	20.00 %
» nella I.ª XV.ª del 1.° mese e nel 1.° mese.	31.25 »
» nel 1.° anno	68.75 »
» extra-genitale	75.20 »
» generale	80.00 »
Quoziente di sopravvivenza	20.00 »

Volendo studiare la mortalità fetale in questo atto operativo, possiamo tener calcolo dei rivolgimenti e delle estrazioni podaliche eseguite nella Clinica di Dresda e pubblicati sotto la direzione del Leopold dai suoi allievi (1).

E questo faccio in primo luogo per avere un dato di confronto colle cifre già esposte, in secondo luogo — calcolando su un maggior numero di casi — per aver diminuite così le cause d'errore, in terzo luogo per poter calcolare la mortalità fetale in relazione tanto colle viziature pelviche (grado e forma), quanto colle presentazioni fetali.

Nelle due tavole che riassumo mentre sono compresi i 20 casi di cui già dissi, sono esclusi tutti i rivolgimenti indicati da placenta praevia (eseguiti col metodo bipolare) e i rivolgimenti classici fatti su bambini già morti prima del travaglio.

Il Leopold nelle sue tavole non calcola tra i morti nei primi dieci giorni di vita quei bambini che spirarono poco dopo il parto. I bambini *morenti* del Leopold sono invece riassunti coi nostri che si trovavano nella stessa condizione sotto il paragrafo « morti poco tempo dopo la nascita. »

		Numero dei casi	Nati morti	Nati asfit. 2.° grado riavuti	Mor. poco tempo dopo la nasc.	Morti nei primi 10 giorni	Dimessi vivi al 10.° gior.
Presentazione cefalica	e bacino ristretto	84	13	23	6	13	58
	e feto sofferente (procid., prolasso cordone) . . .	38	8	5	1	3	27
	e prolasso di piccole parti	8	1	3	2	4	3
	Totale	130	22	31	9	20	88

(1) « Der Kaiserschnitt, etc.: Löhmann Ueber die Wendung u. Extract bei engem Becken. » Stuttgart, 1888, pag. 63 e pag. 70. — Arbeiten aus der K. F. in Dresden. Rosenthal, Die W. u. E. pag. 192-193-198. Leipzig, 1893.

		Numero dei casi	Nati morti	Nati asfit. 2.° grado riavuti	Mor. poco tempo dopo la nas.	Morti nei primi 10 giorni	Dimessi vivi al 10.° gior.
Situazione trasversale	e bacino normale. . . .	20	2	5	3	4	14
	e bacino ristretto . . .	39	10	3	4	5	24
	con procid. del cordone .	25	6	1	4	5	14
	Totale	84	18	9	11	14	52
	Totale generale	214	40	40	20	34	140

		Num. dei casi	Nati morti	Nati asf. 2.° gr. riavuti	Morti poco tempo dopo la nascita	Morti nei primi 10 giorni	Dimessi vivi dopo 10 giorni
Bacino semplicemente piatto	fino a 90	14	2	2	1	1	11
	» » 85	34	2	3	4	7	25
	» » 80	14	—	2	1	1	13
	» » 75	6	1	3	—	2	3
	» » 70	5	—	1	—	—	5
		73	5	11	6	11	57
Totalmente ristretto piatto	fino a 90	2	1	1	—	—	1
	» » 85	12	1	3	2	4	7
	» » 80	25	9	3	1	3	13
	» » 75	25	6	8	2	4	15
	» » 70	15	3	1	2	4	8
		79	20	16	7	15	44
Totalm. regolarm. ristretto	fino a 95	4	3	—	1	1	—
	» » 90	8	3	3	1	1	4
	» » 85	3	—	1	—	—	3
	» » 80	8	2	1	—	1	5
	» » 75	1	1	—	—	—	—
	» » 70	3	1	2	—	—	2
		27	10	7	2	3	14

Percentuali di mortalità:

	In travaglio	Subito dopo il parto	Nei primi 10 giorni di vita	Sopravviv.ª al 10.° giorno
Rivolgimento profilattico ed estrazione podalica	15.47	8.45	18.30	69.04
Rivolgimento ed estraz. podalica indicati da sofferenze fetali, bacino normale, presentazione cefalica.	21.06	3.33	10.00	71.06
Rivolgimento su feti in presentazione cefalica ed estrazione podalica (in generale)	16.92	8.34	18.51	67.69
Rivolgimento ed estraz. podalica, bacino normale, situazione trasversa. .	10.00	16.66	22.22	70.00
Rivolgimento ed estraz. podalica, bacino ristretto, situazione trasversa. .	25.64	13.79	17.24	61.53
Rivolgimento ed estrazione podalica indicati da sofferenze fetali, situazione trasversa	24.00	21.05	26.31	56.00
Rivolgimento ed estrazione podalica in genere essendo la situaz. trasversale	21.42	16.66	21.21	61.90
Rivolgimento classico ed estrazione podalica (bacino semplicemente piatto).	6.84	8.82	16.17	78.08
Rivolgimento classico ed estraz. podalica (bacino totalm. ristretto piatto) .	25.31	11.86	25.52	55.69
Rivolgimento ed estraz. podalica (bacino totalm. regolarmente ristretto) .	37.03	11.76	17.64	51.85
Percentuale riassuntiva . . .	18.69	11.49	19.54	65.42

Dalle tavole esposte da me risulta una mortalità fetale in travaglio che oscilla dal 18.69 0[0 (214 casi) al 20 0[0 (20 casi). La mortalità detta quindi per l'operazione in generale senza distinzione di casi è minore della corrispondente esposta dagli autori.

L'Inverardi, ad es., studiando 46 rivolgimenti praticati dal 1858 al 1879 nella Clinica di Torino, deduce una mortalità fetale in travaglio del 47.67 0[0 (1). E il Fehling (2) darebbe — con una statistica di Hecker, di Bidder e di Hugenberg — una mortalità in travaglio (correggi l'errore nel testo tedesco) che oscilla dal 43.4 al 72 0[0 — 55.4 cifra media — e con i casi di Dohrn e con quelli riassunti nella statistica del Granducato di Baden una percentuale del 36.2-63.3 (media 54.6).

Il rivolgimento, essendo il feto situato trasversalmente quando il

---

(1) G. Inverardi. « Considerazioni critiche sulle indicazioni del rivolgimento ricav. d. reg. ecc. » *Annali di Ostetr., di Gin. e di Ped.*, Milano, Novembre-Dicembre 1879, pag. 652-698.

(2) Loco citato, pag. 73.

bacino è normale e il feto non sofferente, dà una mortalità fetale in travaglio relativamente piccola. In via generale però quando si ha presentazione di spalla la prognosi del feto in travaglio è più grave che non quando la presentazione è cefalica.

Essendo il bacino normale la mortalità fetale in travaglio è maggiore nel rivolgimento, minore nelle applicazioni di forcipe; il rapporto è invertito quando il bacino è viziato.

Anche la mortalità extra-genitale nei primi giorni di vita è maggiore, in via generale quando il rivolgimento fu praticato su feto in situazione trasversa.

La mortalità extra-genitale, in tesi generale, è minore nel rivolgimento che non nelle applicazioni di forcipe nei primi giorni dopo il parto. In seguito però il rapporto cambia e la mortalità complessiva fetale del rivolgimento è ben maggiore di quella delle applicazioni di forcipe.

Confrontando però la mortalità dei bambini nati col forcipe applicato allo stretto superiore in bacino viziato e quella dei nati con rivolgimento ed estrazione podalica in stenosi pelvica (rivolgimento profilattico), troviamo sempre maggiore nel primo caso la mortalità intra-genitale e generale ed in conseguenza minore il quoziente di sopravvivenza.

Già abbiamo visto che la situazione trasversa del feto aggrava la prognosi fetale. Questo fatto dimostra — quando non bastasse la diversa mortalità extra-genitale dei feti nati con estrazione podalica, essendosi primitivamente presentati col podice, e quella dei feti nati con estrazione podalica previo rivolgimento — che il rivolgimento in sè, anche eseguito da ostetrici esperimentati, con indicazioni precise ed essendo in atto tutte le condizioni permittenti, è un' operazione dannosa per il feto, come ha dimostrato anche Winter (1).

Dalla mia statistica risulterebbe un fatto abbastanza curioso, e cioè che la mortalità extra-genitale dei bambini nati con rivolgimento ed estrazione podalica successiva è maggiore della corrispondente dei nati con estrazione podalica, mentre nel primo caso la mortalità intra-genitale è minore. In altre parole l'influenza dannosa che il rivolgimento in sè ha sul feto si renderebbe evidente solo nella vita extra-genitale. Anche

---

(1) *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Vol. XII.

pensando alle cause che possono produrre danni sul feto nel rivolgimento in sè e che furono studiate dal Winter, anche ricordando che non dovrebbero aversi nel solo rivolgimento lesioni apparenti sul prodotto del concepimento, io non saprei trovare una spiegazione soddisfacente del fatto che due statistiche tenderebbero a dimostrare.

Le viziature pelviche hanno un'influenza anche sulla mortalità extra-genitale. Dai dati già esposti risulta infatti una mortalità in travaglio maggiore per i nati da donne con bacino totalmente regolarmente ristretto, minore per quelli nati da donne con bacino semplicemente piatto.

Nei bambini nati da donne con bacino totalmente ristretto piatto, le mortalità in travaglio e generale sono rappresentate da cifre intermedie alle corrispondenti negli altri due casi, mentre la mortalità extra-genitale nei primi giorni di vita è minore della corrispondente dei nati da donne con bacino totalmente regolarmente ristretto. Il fatto si spiega colla grande mortalità intra-genitale in quest'ultimo caso.

* * *

Dei 47 parti prematuri provocati in Clinica 18 furono provocati per stenosi pelvica. Ai 18 casi riassunti dal 1880 al 1894 aggiungo due casi in cui il parto prematuro fu provocato per la stessa indicazione nel 1878 e nel 1879. I bambini nati furono 21, essendosi avuto una volta un parto bigemellare. Basteranno, parlando di tale operazione ostetrica, non molte considerazioni, perchè gli autori tanto italiani che forastieri considerarono in tal caso non solo la mortalità intra-genitale ma anche, fino ad un certo punto, l'extra-genitale come conseguente all'atto operativo almeno nei primi giorni.

Riassumendo i nostri casi li divideremo a seconda della viziatura pelvica per cui il parto prematuro fu provocato e dello sviluppo del feto.

	B. total. ristretto piatto	Altre forme	Nati morti	Morti nei primi 10 giorni	Morti dopo	Totale morti	Sopravvivono
C. V. 70-72	5	1	1	5	—	6	—
C. V. 75-77	5	1	1	4	—	5	1
C. V. 80-83	9	—	2	1	1	4	5
	19 +	2	4	10	1	15	6

	N.° bambini	Nati morti	M. nella 1.ª XV.ª	Totale mort	Vivi oggi
28.ª settimana	1	—	1	1	—
30.ª »	1	—	1	1	—
31.ª »	1	—	1	1	—
33.ª »	4	2	2	4	—
34.ª »	1	—	1	1	—
35.ª »	3	1	1	2	1
36.ª »	9	1	2	4	5
37.ª »	1	—	1	1	—
	21	4	10	15	6

Avendo altri studiato, almeno nei primi giorni di vita, la mortalità extra-genitale dei bambini nati con parto prematuro in stenosi pelvica, aggiungeremo questi casi ai nostri per toglierè, coll'aumento delle osservazioni, possibili cause d'errore.

In un lavoro del prof. Calderini letto al Congresso intern. di Berlino (1890) (1) vediamo che su 305 parti prematuri provocati per stenosi pelvica in Italia si ebbero 82 bambini nati morti (26.88 0[0). Calcolando invece la mortalità extra-genitale limitata ad alcuni istituti (Porro, Matern. di Cremona, Pinzani), si avrebbero di 38 nati vivi 26 morti nei primi 40 giorni.

Da due lavori pubblicati sotto la direzione di Leopold, riassumo altri dati che uniti a quelli della Clinica di Parma e agli altri raccolti dal prof. Calderini, mi permettono di scrivere la seguente tavola:

	Num. dei nati con p. pr. prov. in sten. pelv.	Nati morti	Morti nei primi 10 giorni	Morti prima che la madre lasciasse la Clinica	Morti nei primi 40 giorni	Morti nel 1.° anno
1.ª Tavola di Leopold (1)	34	15	—	—	—	—
	45	13	2	—	—	—
	237	71	—	48	—	—
2.ª Tavola di Leopold (2)	37	12	3	—	—	—
	273	51	?	47	—	—
Tavola di Calderini riassuntiva dei parti prematuri prov. in Italia	31	13	—	—	10	16
	25	4	—	—	14	14
	12	5	—	—	—	—
	4	1	—	—	2	—
	232	62	—	—	—	—
Clinica di Parma . . .	21	4	10	—	10	10

(1) « Studî di Ostetr. e di Ginec. » in memoria del 25.° anno d'ordinariato del prof. Tibone. Milano, 1890, pag. 76-78-80.

(2) Loco citato, Korn, pag. 26.

(3) Loco citato, Buschbeck, pag. 122.

Si avrebbero dunque su:

951 parti prem. prov. per stenosi pelv. — 251 bamb. nati morti. Morti % in trav. 26. 39
74 bamb. nati vivi — 15 morti nei primi 10 giorni. Morti extra-genit. dei primi 10 giorni % 20. 27
59 » » » — 36 » » » 40 » Morti extra-genit. dei primi 40 giorni % 61. 01
56 » » » — 40 » nel 1.° anno. Morti extra-genit. del 1.° anno % . 71. 42

Calcolando invece solo i nostri 20 casi, abbiamo una mortalità in travaglio inferiore alla detta (19. 04), una mortalità extra-genitale nel primo anno di vita pure più piccola (58. 82), ed una mortalità totale extra-genitale del 64. 70 0[0.

Ma la mortalità fetale maggiore o minore è in relazione col tempo in cui il parto prematuro è provocato, colle difficoltà che si incontrano nel travaglio e colle cure che si prestano ai neonati nella vita extra-uterina. Specialmente quest'ultima circostanza deve essere tenuta in conto dati i risultati tanto diversi ottenuti ad esempio coll'incubatrice Tarnier nei singoli istituti.

Colle statistiche di Leopold e colla nostra possiamo vedere l'influenza esercitata sul feto dalla viziatura pelvica e dall'epoca in cui il parto prematuro fu provocato. I casi rappresentanti il punto di partenza per questi calcoli sono 101 (1).

	Percentuali di mortalità		
Coniugata vera	in travaglio	nei primi 10 giorni	nel 1.° anno di vita
95-85	22. 22	14. 28	?
85-80	25. 00	3. 33	33. 33
79-75	23. 33	26. 09	71. 00
74-70	35. 00	53. 84	100. 00
69-65	100. 00	—	—

	Percentuali di mortalità		
Settimana di grav. in cui il p. pr. fu prov.	in travaglio	nei primi 10 giorni	nel 1.° anno
28.ª-31.ª	25 00	100. 00	—
33.ª-35.ª	41. 17	25. 00	80. 00
36.ª-38.ª	22. 22	16. 32	44. 44

(1) Loco citato, Korn, pag. 18. — Loco citato, Buschbeck, pag. 95.

Computando invece nello stesso modo solo i nostri 21 casi avremo:

	Percentuali di mortalità				
	in travaglio	nei primi 10 gior.	extra-genit. totale	generale	Sopravvivenza
C. V. 80-83 . . .	25. 00	16. 16	33. 33	50. 00	50. 00
C. V. 75-77 . . .	16. 66	80. 00	80. 00	83. 33	16. 67
C. V. 70-72 . . .	16. 66	100. 00	100. 00	100. 00	—
28.ª-31.ª settimana	—	100. 00	—	—	—
33.ª-35.ª »	37 50	80. 00	80. 00	87. 50	12. 50
36.ª-37.ª »	10. 00	33. 33	44. 44	50. 00	50. 00

Volendo fare una media tanto del grado della viziatura quanto della lunghezza e del peso del feto nei parti prematuri così provocati dai diversi autori, come già fece Buschbeck (loco citato, pag. 116), abbiamo:

	Num. dei casi	Medie			Vivi al 10.° giorno
		C. V.	lunghezza	peso	
Braun . .	54	7. 84	42. 82 cm.	2035 gr.	62. 00 %
Ahlfeld . .	97	7. 96	47. 26 »	2673 »	60. 39 %
Pinard . .	100	7. 63	—	2676 »	67. 00 %
Leopold . .	81	7. 85	47. 5 »	2673 »	63. 40 %
Calderini .	20	7. 55	44. 38 »	2314 »	35. 00 %

A proposito della mortalità del parto pr. prov. in stenosi pelvica, lo Schauta scrive che il miglior dato di confronto è dato da quei casi nei quali si ebbero, nella stessa donna, anche parti a termine. E lo Schauta, come anche fa il Fehling (loco cit., pag. 40), ricorda i casi di Dohrn.

Aggiungiamo, col Fehling, ai casi del Dohrn quelli della clinica di Stuttgart e pubblicati dall' Haidlen:

Nelle medesime donne con bacino viziato:

in 67 parti a termine	si ebbero	48 bambini nati morti	72. 7 %
	e	18 » dimessi vivi	27. 3 »
in 44 parti prem. provoc. »	»	12 bambini nati morti	27. 7 »
		32 » » vivi	72. 3 »

Noi nel calcolare i dati di confronto partiremo da altro punto di vista.

Pensando che se le gravidanze non fossero state interrotte, avremmo avuto alla fine della gravidanza un diametro Bp. della testa fetale maggiore in tutti i casi della C. V.; e ricordando le percentuali già esposte a proposito delle applicazioni di forcipe in questi casi (pag. 107) e dei parti naturali a termine che pur possono anche espletarsi come la pratica dimostra (Dohrn, Haidlen) — pag. 100 — possiamo dire:

1.° Che la mortalità in travaglio dei bambini nati con applicazione di forcipe essendo il D. Bp. a. maggiore della C. V. è molto più grande di quella che si ha nei parti prematuri provocati per stenosi pelvica.

2.° Che la mortalità invece nel 1.° anno di vita è superiore per i feti nati col parto prematuro provocato; come superiore anche è la mortalità extra-genitale in genere di essi.

3.° Che rimangono in vita — comprendendo nel computo i nati morti e i morti nel periodo extra-genitale — tanto nell'uno come nell'altro caso pochissimi bambini — il 20. 69 0[0 dei nati così col forcipe e il 28. 57 0[0 dei nati col parto prematuro provocato.

4.° Che se il quoziente di sopravvivenza per i nati col forcipe è inferiore di quello dei nati con parto prematuro, il quoziente di sopravvivenza invece dei nati con parto non operativo essendo la C. V. < del D. Bp. a. della testa fetale, è molto più grande (40. 00 0[0).

5.° Considerando il valore del parto prematuro secondo i dati esposti per quanto riguarda la mortalità fetale non solo intra ma anche extra-genitale vediamo, che risultati sodisfacenti si hanno quando è praticato nella 1.ª quindicina del 9.° mese ed essendo la C. V. non inferiore agli 8 cm.

* * *

Dei 10 tagli cesarei fatti in clinica dal 1884 a tutt'oggi due devono essere trascurati, volendo studiare la mortalità fetale. Una donna fu operata per rottura d'utero essendo il feto, già morto, passato nella cavità peritoneale. In un secondo caso la sectio caesarea fu eseguita *post-mortem*.

Degli 8 bambini nati, uno non fu rianimato ed uno morì in 12.ª giornata di vita per risipola e forma convulsiva; sei vivono oggi sani

e bene sviluppati. Nell'accurata statistica di Leopold pubblicata dal dott. Cörner, trovansi esposti dati precisi a proposito dei 50 tagli cesarii eseguiti a Dresda dal Maggio 1882 al Giugno 1890 (1).

Aggingendo i nostri ai casi di Leopold e tenendo, ben inteso, calcolo, per le singole mortalità, del numero dei giorni in cui i bambini furono seguiti nelle diverse epoche di vita, riassumo le seguenti cifre:

	Casi	Num. dei morti	Percentuale
Morti in travaglio	58	4	6.89
» nella 1.ª quindicina del 1.° mese	50 (2)	4	8.00
» nella 2.ª quindicina del 1.° mese	49 (3)	3	6.12
» nel 1.° mese	49	7	14.28

Non posso calcolare con esattezza la mortalità nel 1.° anno e la extra-genitale fino ad oggi, per la ragione che nella statistica di Leopold solo un bambino fu seguito fino alla data della pubblicazione del lavoro, mentre 30 bambini non furono nemmeno accompagnati in tutto il primo anno di vita.

Calcolando però in modo approsimativo, sembrerebbe la mortalità nel 1.° anno di poco superiore a quella data dal 1.° mese e la *mortalità generale* corrisponderebbe al 25 0[0. In altre parole rimarrebbero in vita dopo il 1.° anno più del 75 0[0 dei bambini nati, mentre dei nati con parti naturali facili si avrebbero sopravviventi circa 64 bambini per cento nati, al principio del 2.° anno. Aggiungasi che le differenze sono ancor più sensibili nei primi giorni di vita. Infatti mentre la mortalità nei primi 15 giorni e nel primo mese per i nati con parto naturale è rispettivamente del 10.44, del 15.95 0[0, per i nati con taglio cesario è del 8 e del 14.28 0[0; e notisi che molti dei bambini nascono asfittici anche di 2.° grado. Valga questo ancora per dimostrare che ha diverso valore prognostico per il feto l'asfisia determinata od accompagnantesi a compressione del cervello e insorta a poco a poco da quella che si manifesta per le modificazioni repentine nella circolazione cardio-placentare.

---

(1) « 50 Kaiersch. w. Beckenenge, » loc. cit., pag. 298-325.

(2) Da 58 detrassi 4 morti in travaglio e 4 che furono seguiti solo fino al 6.° e al 10.° giorno di vita.

(3) Detrassi un altro caso. Il bambino fu seguito solo fino al 19.° giorno di vita.

* * *

Io ben so che questo mio studio troverà degli oppositori. La speranza però di aver toccato un argomento pochissimo studiato, mi fecero animo nella lunga e faticosa ricerca e mi decidono ora a rendere pubblici i risultati ottenuti. Io, come già dissi, non dò importanza alle cifre ottenute. Esse solo hanno valore in quanto sono confrontate con materiale equiparabile. Tanto i bambini nati in modo naturale quanto quelli venuti alla luce per mezzo di operazioni ostetriche seguendo le medesime sorti, sono esposti di conseguenza alle stesse cause di morbilità e di mortalità.

Molte cause d'errore furono da me evitate; molti apprezzamenti personali furono da me tolti; molte domande, molte obbiezioni a me stesso rivolsi e, a dir il vero, a queste e a quelle non sempre riuscii a dare una risposta persuasiva.

La dichiarazione, che non voglio dare alle cifre un valore assoluto perchè non è possibile — se non in casi speciali — stabilire quale influenza abbia esercitato il parto sulla vita extra-genitale di un bambino, non deve essere fraintesa.

Ad ogni modo però le cause d'errore colla comparazione furono in gran parte eliminate.

L'esattezza scrupolosa, che negli studii scientifici credo debba essere sempre norma severa, da me usata nel raccogliere tutti i numerosissimi dati necessari per questo studio e nel confrontarli senza partito preso, mi affida di aver ottenuto delle conclusioni presumibilmente attendibili.

Molte operazioni ostetriche sono, come abbiamo visto, ben più dannose per il feto di quello comunemente ammesso solo coi dati delle mortalità in travaglio; e nessuno ostetrico nel decidere un atto operativo, valutando la prognosi fetale deve dimenticare la mortalità extra-genitale diversa nei diversi casi.

29 Ottobre 1894.

RASSEGNA

HAUSER. — **Zur Histogenese des Krebses** *(Sull'istogenesi del cancro. — Virchow's Archiv*, 138 Bd., 3 H.

Il lavoro di Hauser è una risposta alla teoria recentemente pubblicata da Ribbert sulla genesi del carcinoma, secondo cui lo stimolo alla proliferazione degli epitelii sarebbe da ricercare in grembo al tessuto connettivo. Hauser si oppone a tali vedute basandosi sulle seguenti considerazioni:

La presenza del tessuto di granulazione ai limiti dei bottoni epiteliari non è un fatto costante, epperò non si può attribuirle alcun valore causale. Le note caratteristiche della degenerazione carcinomatosa si presentano alle ghiandole (adenocarcinoma) ancora prima che si sia rotta la *membrana propria* della ghiandola stessa. La tendenza degli epiteli a far metastasi nel tessuto connettivo si verifica anche nelle proliferazioni epiteliali non carcinomatose: però tali metastasi finiscono col perire, perchè appunto manca ad esse quello speciale carattere della degenerazione carcinomatosa che spiega la costante presenza e l'incessante progredire in mezzo al tessuto connettivo degli epiteli, quando si tratta di cancri veri.

Dott. L. Villa.

J. ELISCHER. — **Viermal ausgeführter Bauchschnitt an einer Person** *(4 laparotomie nella medesima persona). — Centralbl. für Gyn.*, 1894, N. 51.

Le indicazioni per la laparotomia si ebbero quattro volte in una donna che all'epoca della prima operazione aveva 34 anni, e furono le seguenti: un piosalpinge di natura gonorroica; un'emorragia tardiva del moncone, al 14.° giorno dalla prima operazione; una fistola delle pareti addominali affondantesi fino ai monconi tubarici; forti disturbi intestinali con vomito, ecc. in seguito ad aderenze intestinali. L'A. proclama i vantaggi della sutura addominale con filo d'argento.

Dott. L. Villa.

LOEWENTHAL. — **Ueber die traumatische Entstehung der Geschwülste** *(Sull' origine traumatica dei tumori).* — *Arch. f. klin. Chirurgie,* 49 Bd., 2 H.

È un lavoro diligente, che raccoglie in modo completo la letteratura dell' argomento. Si riferisce a 750 casi di tumori ritenuti consecutivi a traumi, osservati dal 1870 al 1893. Il Löwenthal ne aggiunse altri 50 tratti dal materiale dell' Istituto Patologico di Monaco.

A ragione però il dott. Krecke fa notare che se è ammissibile in via generale una certa influenza dei traumi sull' origine dei tumori, non bisogna d' altra parte attribuire soverchio valore alle notizie che gli ammalati ci dànno e che costituiscono spesso l'unico dato sul quale appoggiamo il nostro giudizio.

Dott. L. Villa.

ROVSING. — **Ueber die Diagnose und die Behandlung der bösartigen Nierengeschwülste bel Erwachsenen** *(Sullla diagnosi e sul trattamento dei tumori renali maligni degli adulti).* — *Arch. f. klin. Chirurgie,* 49 B., 2 H.

I progressi della terapia renale, per quanto riguarda i tumori maligni, sono più che in altri campi della chirurgia, intimamente collegati collo sviluppo e col perfezionamento dei nostri mezzi diagnostici. Bisogna riuscire alla diagnosi della malattia per tempo, prima che l'ammalato sia addivenuto a condizioni troppo gravi. Se un tumore renale è già palpabile, trattasi, in generale, di tumore già colossale, come dimostrano due casi comunicati dall'A. Infatti le neoplasie maligne dei reni incominciano con molto maggiore frequenza dal polo renale superiore, epperò sono accessibili alla palpazione, eseguita in prevalenza sul polo inferiore, soltanto negli stadi avanzati. L'A. quindi attribuisce alla palpazione del rene un valore molto inferiore a quello attribuitole da B. Israel.

Davanti ad un ammalato che ha ematuria e tumore palpabile del rene, bisogna tener presente che tutto il quadro sintomatico può rassomigliare al quadro di una nefrolitiasi, e che anche i dati urologici possono erroneamente condurre alla diagnosi di nefrolitiasi. Tre casi dell'A. confermarono tali proposizioni.

Le maggiori difficoltà insorgono in quei casi in cui v' ha ematuria, ma non tumore renale palpabile. Anche la cistorragia può essere insufficiente allo scopo; anche un reperto cistoscopico positivo può non avere alcun valore, perchè può es-

servi sangue in vescica anche a reni sani. Nei casi dubbi può essere necessaria un'incisione esplorativa in ambo le regioni renali, come l'A. fece in un caso, felicemente.

Riconosciuta la neoplasia in un rene, per giudicare delle condizioni dell'altro rene bisogna tener calcolo della quantità di urea giornalmente eliminata, e per molti giorni di seguito. Se essa scende in modo costante a circa 1|3 della quantità normale, se non arriva che a 10 gr., si può verosimilmente concludere che entrambi i reni sono ammalati.

Vogliamo solo aggiungere a questi cenni sull' importante lavoro dell'A., che osservazioni numerose fatte nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano autorizzerebbero ad attribuire alla palpazione dei reni, almeno nella donna, maggiore importanza che l'A. non attribuisce. Dott. L. Villa.

SCHELLENBERG. — **Ueber Glycerinintossication nach Jodoform-glycerininjection** *(Sull'intossicazione per glicerina in seguito a iniezione di glicerina jodoformica). — Arch. f. klin. Chirurgie,* 49 B., 2 H.

Di 30 ammalati sottoposti alle iniezioni di glicerina jodoformizzata, 8 ebbero fenomeni di assorbimento glicerinico. Questi 8 casi possono distinguersi in lievi, gravi e mortali. Nei casi lievi si ebbe elevazione termica ed eliminazione della sostanza colorante del sangue attraverso i reni, per uno spazio di 2-4 ore; nei casi gravi si ebbero più accentuati i fenomeni febbrili, più abbondante la perdita di emoglobina, e accanto a questa la presenza, nel sedimento urinario, di epitelii renali e di cilindri (nefrite acuta). Un solo caso ebbe esito letale, e fu caratterizzato oltre che dall' aumento termico, da malessere, vomito, senso intenso di sete, languore e coma.

I bambini sono più degli adulti esposti all'avvelenamento per glicerina. È difficile determinare la *dose tossica.* Sembra che 10 cm.^{3} nei bambini, e 20-25 cm.^{3} negli adulti sieno dosi usabili senza inconvenienti. Dott. L. Villa.

MAX SIMON. — **Zwei Missbildungen** *(Due malformazioni). — Centrabl. für Gyn.,* 22 Dicembre 1894, N. 51.

Per la rarità dei casi di uteri didelfi l'A. crede bene di pubblicare un'osservazione da lui fatta, tanto più che la paziente affetta da questa anomalia di sviluppo partorì sette volte (i casi osservati prima di Simon sono 12 e di queste donne quella che partorì un maggior numero di volte diede alla luce 6 bambini).

La funzione genitale si compiva relativamente bene tanto che solo con un esame ginecologico accurato si potè rilevare l'anomalia. Trattavasi di una donna di 48 anni in cui i due uteri erano completamente separati, il destro fortemente antiflesso, il sinistro retroverso.

Le cavità di normale lunghezza convergevano in basso e si riunivano solo all'orificio esterno. Anche i due colli si potevano isolare alla palpazione e il tessuto che li riuniva aveva la forma di un triangolo coll'apice in basso. Allo stato verginale certamente anche i due colli dovevano essere completamente separati. La vagina era normale.

Nello stesso lavoro l'A. pubblica un altro caso da lui osservato di una donna di 29 anni in cui mancava completamente la vagina mentre persistevano l'utero, quantunque piccolo, e gli altri organi genitali interni bene sviluppati.

PATELLANI.

H. LOEHLEIN. — **Uterus didelphys, Haematometra et Haematosalpinx sinistri laterales** *(Utero didelfo, ematometra et ematosalpinge sinistro laterali).* — *Centr. f. Gyn.*, 13 Ottobre 1894, N. 41.

Dopo di aver accennato ai casi consimili noti nella letteratura, l'A. espone un'osservazione propria. Trattavasi di una ragazza di 18 anni la quale da un anno soffriva dolori vivi ad ogni epoca mestruale. Fu fatta la laparotomia e si riscontrò la tuba destra del volume della testa di un feto distesa da sangue in essa raccolto. Anche il corno uterino destro era dilatato e conteneva minore quantità di sangue. Il corpo uterino sinistro invece situato nella metà sinistra con una lunghezza cavitaria di 8 cm. e $^3/_4$ era ripiegato ad arco colla concavità all'esterno.

Il Löhlein esportò la tuba destra e fece l'amputazione sopravaginale del corno destro indottovi da varie considerazioni e dal ricordo di un caso consimile da lui assistito con Martin e Veit in cui si ebbe rottura dell'utero. PATELLANI.

MERTTENS. — **Ein Fall von Uterus bicollis unicorporeus mit Atresie des einen collum bei fast total septirter Scheide** *(Un caso di utero bicolle unicorpo con atresia di un collo con vagina setta quasi in totalità).* — *Cent. f. Gyn.*, N. 41, pag. 1001-1002.

Donna di 26 anni. Genitali esterni normali, imene perforato, parte inferiore della vagina normale d'ampiezza. L'estremo superiore vaginale diviso da un setto in due porzioni ben distinguibili alla esplorazione. Il setto completo è distante

cm. 2,5 dal cercine imenale. Nei fornici due porzioni vaginali dell'utero di cui la destra più lunga della sinistra. Nella narcosi si potè bene stabilire che il corpo era di lunghezza normale e che al collo si iniziava la divisione che dava luogo alla portio duplice, che le ovaia e le tube erano normali e che l'inserzione delle tube era sul fondo. Isterometria cm. 6 $^3/_4$ a sinistra. Non riuscì possibile passare anche con una sonda sottilissima attraverso all'orificio uterino esterno di destra.

PATELLANI.

L. PICK. — **Zur Symptomatologie und Prognose des Sarcome des Eierstocks** *(Contributo alla sintomatologia ed alla prognosi del sarcoma ovarico).* — *Cent. f. Gyn.,* N. 39, 29 Settembre 1894.

Traendo argomento da due casi della clinica privata di Landau, in uno dei quali all'oftalmoscopio dal punto di vista clinico si era rilevato una complicazione non ancora descritta, l'A. riassume le osservazioni pubblicate. È provata la predisposizione a tale specie di tumori nell'età giovane e mentre i fibromi ovarici per regola sono unilaterali, i sarcomi sono bilaterali e allora più frequentemente a cellule rotonde. Dai primi sintomi all'esito finale possono decorrere parecchi mesi o anni. Anche nei casi di tumori colossali possono mancare l'ascite e le aderenze.

Quantunque non sianvi sintomi patognomonici, la presenza loro è legata a grave cachessia accompagnata da alterazioni visive. In uno dei casi di Pick si aveva appunto la papilla da stasi.

Olshausen ammette tra i sintomi generali l'amenorrea precoce. Anche nei casi ultimamente pubblicati infatti si presentò più o meno presto. A volte però le mestruazioni si fanno più copiose. Quando le perdite sanguigne periodiche cessano per la presenza di tali tumori da un solo lato, l'estirpazione del tumore, come in una delle osservazioni di Pick, si può collegare col ritorno della funzione genitale.

Si avrebbe dallo spoglio dei casi una mortalità del 54.5 0[0 e l'idea di Leopold che le diffuse metastasi sempre si accompagnano a sarcomi bilaterali sarebbe da modificarsi così: se un sarcoma ovarico è bilaterale più o meno tardi eventualmente dopo l'atto operativo, nel maggior numero delle volte si hanno delle metastasi.

Non la struttura a cellule rotonde aumenta il potere infettante del tumore, ma la bilateralità più frequente in tali casi. Quindi:

1.° La prognosi dei sarcomi ovarici, qualunque siasi la struttura loro, è infausta se questi sono bilaterali. Nei sarcomi unilaterali la prognosi è migliore e il più delle volte favorevole.

2.° I sarcomi a cellule rotonde dell'ovaie il più delle volte sono bilaterali

e quindi molto gravi; quando però si sviluppano su un'ovaia sola possono essere meno gravi dei sarcomi unilaterali a cellule fusate.

3.° L'età giovane predispone a tale specie di neoplasmi.

4.° In tale età sono in genere più frequenti i sarcomi a cellule rotonde.

PATELLANI.

Dott. E. BIDONE. — **Erisipela materna. Endocardite streptococcica fetale.** — Dalla *Teratologia* di W. Ballantyne, Edinburgo, N. 3, 4, Ottobre e Dicembre 1894.

Prendendo argomento da un caso studiato nella clinica ostetrico-ginecologica di Firenze, diretta dal prof. Pestalozza, l'A. porta un contributo a un capitolo della patologia fetale, al capitolo cioè delle malattie infettive del feto di origine materna. Nel suo lavoro il Bidone studia le localizzazioni preferite dai diversi microorganismi nel corpo di un feto nato da una Ipara nella prima quindicina del nono mese di gravidanza, affetta da erisipela migrante iniziatasi sulla faccia e diffusasi al cuoio capelluto, al collo e posteriormente-lateralmente al tronco. La donna morì in quarta giornata dopo il parto per peritonite purulenta ed il bambino, del peso di 2650 gr. e di cm. 44 di lunghezza, dopo 19 ore di vita. Appena espulso il feto fu praticato l'esame bacteriologico del sangue del moncone placentare del cordone.

Fu pure praticato l'esame del liquido endo-peritoneale estratto con una siringa subito dopo la morte della donna. Nelle colture e nei preparati fatti col primo e col secondo liquido furono trovate colonie di streptococco; molto più numerose naturalmente nel liquido endo-peritoneale. Due ore dopo la morte del feto se ne fece l'autopsia. Dal ventricolo destro fu estratto un po' di sangne che servì anche per fare delle colture e degli esperimenti di controllo su due conigli. Aperto il cuore furono trovate sui pizzi valvolari specialmente della tricuspide ma anche della mitrale, una marcata arborizzazione dei capillari e delle vegetazioni rilevate, rossastre. I pezzi furono fissati con alcool assoluto, inclusi in paraffina e le sezioni furono colorate diversamente per le opportune ricerche istologiche e batteriologiche.

Nel cuore furono trovati, all'esame istologico, un'anormale neoformazione di vasi sanguigni sulle valvole atrio-ventricolari, alcuni dei quali trombizzati e le vegetazioni costituite di tessuto embrionale ricoperte da fibrina e gli spazi linfatici in grandissimo numero circondanti i fasci muscolari più ampî del normale. Nella placenta l'A. nulla trovò di speciale se si eccettui qualche fatto richiamante la nota atrofia dei villi negli infarti bianchi, nè riuscì a dimostrare la presenza di microrganismi nelle sezioni. Nelle sezioni dei varî organi fetali trovò dei microorganismi che per la forma e per il modo di comportarsi nelle colture si dimostrarono quali

streptococchi. Questi streptococchi si mostravano più numerosi sulle dette vegetazioni cardiache, dove occludevano i vasi formando come dei veri trombi micotici.

Colle tre colture fatte e coi relativi trapianti l'A. ottiene sempre lo stesso microorganismo, lo *streptococcus erisipelae*. I controlli istituiti sugli animali confermarono le osservazioni già fatte. Dallo studio del caso il Bidone deduce:

1.° una nuova conferma dell' identità degli streptococchi dell' erisipela e piogeni;

2.° l'insorgenza di grave forma settica puerperale in conseguenza dell' erisipela e sopratutto di un' endocardite streptococcica materna già esordita durante la gravidanza;

3.° il passaggio dello *streptococcus erisipelae* dalla madre al feto;

4.° l'insorgenza di un' endocardite fetale di origine streptococcica, con setticemia acutissima. Specialmente per riguardo a quest'ultima conclusione alla quale potè arrivare l'A., il lavoro è interessante e dirò anche, col Ballantyne, suggestivo.

PATELLANI.

E. A. REINICKE. — **Bakteriologische Untersuchungen über die Desinfektion der Hände** *(Ricerche batteriologiche sulla disinfezione delle mani)*. — *Centrabl. f. Gyn.*, N. 47, 24 Nov. 1894, p. 1189-99.

L'A. scelse questo argomento per tesi di laurea e fece le ricerche nel laboratorio della clinica ginecologica del prof. Zweifel in Lipsia, dove la memoria originale fu letta alla società di ostetricia il 15 di Ottobre. Hümmel fu il primo che studiò l'argomento con ricerche bacteriologiche. Lo seguirono su questa via Forster e Fürbringer, il quale per gli studi fatti propose di pulire dapprima meccanicamente le unghie, di spazzolare con acqua saponata le mani per un minuto, di lasciarle a bagno poi per un minuto nell'alcool e di lavarle con esso, quindi per un minuto di metterle in una soluzione al 3 0[0 di acido fenico o in una soluzione di sublimato all' 1-2 0[00. Alcuni però, come Landsberg, Roux e Reynès, ebbero degl'insuccessi con questo metodo.

L'A. si credette autorizzato perciò a nuovi studî. Usò in tutte le sue ricerche una medesima specie di spore date da un bacillo coltivato da lui sul catgut. Per quanto riguarda la morfologia di esse, Roux scrive che su fili di seta le spore resistettero per due ore a una corrente di vapore a 100°, per mezz'ora nell'acqua bollente. Constatato al microscopio la presenza delle spore, l'A. fece una forte immissione di esse nell'acqua ed energicamente con questa si lavò per circa 10 minuti le mani. Dopo di aver lasciate le mani all'aria ad asciugare per circa un'ora, esperimentò i diversi mezzi di disinfezione. Ad evitare errori usò anche culture pure

di *micrococcus prodigiosus* e di *bacillus pyocyaneus*. Come mezzo di prova del potere infettante delle mani usò del metodo di Fürbringer.

Gli esperimenti si possono riassumere nel seguente modo: 1.° lavatura con acqua, sapone e spazzola per 15 minuti, culture ricche di bacilli e di spore; 2.° lavatura con acqua, sapone e arena bianca per 10 e più minuti, risultato punto favorevole; 3.° lavatura con acqua, sapone, spazzola, immersione poi delle mani in una soluzione al 3. 5 0[0 di acido fenico per 3, 4, 5 minuti, bacilli dimostrabili ancora; 4.° lavatura con spazzola, sapone e acqua per 5, 8, 10 minuti, immersione in soluzione di sublimato all'uno 0[00 per 2, 3, 5 minuti, quindi in acqua bollita con aggiunta di solfato d'ammonio nella proporzione del 2, 3 0[00; risciacquatura in acqua bollita, in nessun caso completa asepsi; 5.° pulizia delle mani con etere e cotone, con acqua sapone, ecc., come sopra, identico risultato; 6.° per un minuto acqua e sapone, un minuto alcool, un minuto soluzione di sublimato all'1 0[00, sempre un considerevole sviluppo di bacteri; 7.° spazzola, acqua, sapone per 5, 7 minuti, acqua di cloro all' 1-2 0[00, 2, 3, 5 minuti, acqua contenente il 2 0[00 di ammoniaca, acqua bollita, colture ricche di bacilli; 8.° lisolo 1 0[0, in soluzione acquosa calda per 5, 10 minuti, spazzola; 9.° lisolo 1 0[0 in soluzione acquosa calda, spazzola previa pulizia per 5 minuti con acqua e sapone, risultati come per la disinfezione con l'acido fenico; 10.° spazzola, sapone, acqua bollita; spazzola, tracresolo all'1 0[0, risultato relativamente buono; parestesia e successivo eczema alle mani.

Risultati invece buoni ebbe l'A. seguendo i precetti di Fürbringer, ma prolungando la disinfezione. R. ammette per ciò l'uso dell'alcool indispensabile. In tre modi l'alcool esercita la sua azione: 1.° spegnendo sulle mani la vitalità dei germi; 2.° modificando in certo qual modo lo strato più superficiale della cute tanto da rendere difficile l'infezione; 3.° togliendo collo strato grassoso i germi. Per essere certi però di asportare in questo modo tutti i germi devonsi risciacquare le mani con acqua sterile.

In base alle numerose esperienze fatte Reinicke conchiude:

1.° Cogli antisettici che chimicamente oggidì sono usati nel breve tempo che, in genere, è concesso dall'esercizio pratico, non è possibile disinfettare in modo sicuro le mani quando queste siano state prima in contatto con sostanze infettanti.

2.° La disinfezione con spazzola ed alcool al 90 0[0 preceduta dalla pulizia con acqua, sapone e spazzola e susseguita da risciacquatura in una soluzione antisettica può con grande probabilità rendere le mani assolutamente asettiche.

3.° Un'accelerata e il più che è possibile sicura disinfezione delle mani si ottiene spazzolandole per 5 minuti in alcool. E siccome specialmente in alcuni l'uso della spazzola per un tempo abbastanza lungo potrebbe produrre escoriazioni e ragadi, il Roux consiglia di sostituire alla spazzola altri mezzi che servono benissimo allo stesso scopo.

La memoria qui riassunta di Reinicke fu letta, come dissi, alla seduta del 15 Ottobre del 1894 alla Società Ostetrica di Lipsia. Lo Zweifel ricordò allora un lavoro fatto collo stesso indirizzo da Landsberg.

Sänger aggiunse che non devonsi dimenticare due precetti, devesi impedire cioè il contatto con sostanze infettanti e sempre far precedere una disinfezione meccanica e chimica, che non ha l'A. detto di aver provato ad infettare le mani prima della disinfezione alcoolica con streptococchi e stafilococchi, che il dott. Schiffer nella sua clinica ha esperimentato anche l'arena in sostituzione della spazzola con buoni risultati in quanto che agisce là dove le setole non possono arrivare (pieghe digitali) e non produce l'eczema, che i risultati bacteriologici pure importanti devono essere confortati dalle osservazioni cliniche. Döderlein ricordò che nella sua clinica fece delle colture con materiale raccolto dalle dita di studenti chiamati per gli esercizi diagnostici dopo la disinfezione, colture che, a scopo didattico, presentò poi nella sua scuola per dimostrare le difficoltà che si hanno nella disinfezione delle mani. Numerose colonie si svilupparono nelle colture fatte con materiale raccolto su studenti che, prevenuti degli esperimenti, naturalmente si disinfettavano con maggior cura. Döderlein aggiunse che dalle colture fatte con materiale raccolto sulle dita del personale sanitario della clinica dopo la disinfezione prima degli atti operativi, si ebbe solo in via eccezionale sviluppo di colonie e quindi che la questione si potrebbe riferire *non alle sostanze usate* ma *al modo con cui la disinfezione viene fatta.*

PATELLANI.

BIBLIOGRAFIA

D. TIBONE. — **Sulla placenta previa,** tavole omolografiche preparate sopra il cadavere congelato di donna morta in travaglio di parto per metrorragia, e considerazioni. — Torino, 1894.

Si tratta di un atlante di cinque tavole litografate, e di un opuscolo di 46 pagine di testo, in cui sono svolte considerazioni molto importanti di anatomia e patologia ostetrica, e che per ciò richiedono di essere riassunte un po' estesamente.

Una donna colpita da grave metrorragia per placenta previa dovette soccombere perchè i soccorsi dell'arte vennero invocati troppo tardi, e gli ostetrici accorsi prontamente alla chiamata, giunsero che la paziente era già morta. Si ottenne di trasportare la salma all'Istituto anatomico, dove amputate le coscie nel terzo superiore, disarticolati gli omeri e fatta la decollazione, si collocò il tronco in una miscela frigorifera, praticandosi poi quattro sezioni nel senso antero posteriore.

Una sezione cadde sulla linea mediana (tavola I.ª) e da essa si rileva che il fondo dell'utero giunge a livello della cartilagine che sta fra la 1.ª e la 2.ª vertebra lombare; il colon per tre quarti della sua altezza si interpone fra la superficie anteriore della zona superiore dell'utero e la parete addominale. La superficie po-

steriore si modella sulla colonna sacro-vertebrale, colla quale si mantiene in contatto dalla terza vertebra sacrale fino alla metà superiore del corpo della terza vertebra lombare, più in su si allontana dalla colonna vertebrale, e in basso è mantenuta distante dal sacro dal retto ripieno di feci. La forma della cavità uterina è di un ovoide incurvato; il diametro verticale massimo esterno è di 26 cm., il diametro massimo antero-posteriore, è di 16 $^1/_2$ cm., lo spessore della parete uterina varia da mm. 12 a mm. 4, il maggior spessore si ha verso la superficie anteriore del fondo, il minore in corrispondenza della zona mediana e anteriormente, al promontorio misura mm. 6, alla sinfisi pubica mm. 10. La vescica è vuota, ha forma di stella con tre raggi, ed è situata dietro la sinfisi pubica; la vagina è distesa da sangue; il canale cervicale è scomparso e l'orificio esterno ha un diametro di 18 mm. e guarda in basso e all'indietro. L'orificio interno in avanti corrisponde a livello del centro della sinfisi pubica, all'indietro all'articolaz. della 3.ª colla 4.ª vertebra sacrale, e trovasi a 32 mm. sulla orizzontale passante a livello del segmento dell'orificio interno che corrisponde al labbro anteriore. La distanza fra l'orificio interno ed esterno in avanti è di mm. 47, all'indietro di 36. Non è ben limitato superiormente il segmento inferiore; in avanti terminerebbe là dove l'utero si mette a contatto colla sinfisi pubica, posteriormente all'altezza della 1.ª colla 2.ª vertebra sacrale. Lo spessore del segmento inferiore è quasi uniforme, circa di 6 mm. Il piano dello stretto superiore forma coll'orizzontale un angolo di 50°, la C. A. è di mm. 118, la C. O. è di mm. 117, e termina in avanti 5 mm. sotto il margine superiore della sinfisi pubica. L'asse dello stretto superiore prolungato passa in basso 5 mm. al dinnanzi della punta del coccige, in alto sopra il bellico.

La seconda sezione (tavola II.ª), diretta nel senso antero-posteriore, trovasi a sinistra della linea mediana di mm. 45, mentre la terza sezione (tavola III.ª), pure a sinistra è a mm. 75 della linea mediana; la quarta sezione (tavola IV.ª), sempre nel senso antero-posteriore trovasi a 51 mm. a destra della linea mediana: in essa vedesi sezionato gran parte del corpo del feto, mentre ciò non si riscontra per le tavole II.ª e III.ª, perchè il feto è in spiccata obliquità destra.

La tavola V.ª riproduce il feto che si trovava in presentazione podalica completa, posizione S. I. S. A.; esso era giunto al termine di gravidanza.

La placenta è situata principalmente nella metà sinistra giungendo solo nella parte destra in vicinanza della sezione praticata, come si può arguire dalla ricchezza vascolare del segmento inferiore; sulla linea mediana la placenta occupa tutta la zona inferiore dell'utero che va dal promontorio al centro della sinfisi pubica, misurando 18 cm.

La zona di distacco della placenta pare limitata alla parete cervicale ampliata, e per alcune considerazioni l'A. ritiene che la superficie placentare distaccatasi corrisponderebbe ad un circolo avente 9 cm. di diametro, mentre sarebbe notevolmente minore la regione uterina che perdette la congiunzione colla placenta.

L'inserzione placentare ha di poco modificato lo spessore dello strato muscolare uterino, tranne in due punti che è aumentato: dall'esame inoltre delle tavole sue e di quelle dei diversi autori non è alieno l'A. dal credere che le pareti uterine assumano maggior spessore in quelle regioni sulle quali si fa sentire meno spiegata e durevole la pressione delle parti circostanti all'utero.

In seguito ad una serie di importanti considerazioni e colla scorta di misu-

razioni di diametri fetali, ritiene l' A. che l'area di segmento inferiore dell' utero soggetta alla rottura delle aderenze utero-placentari è rappresentata da una figura elittica a maggior diametro trasversale e minore antero-posteriore, entrambi regolarmente crescenti col crescere della gravidanza e del feto. Questi diametri però non sono disposti nello stesso piano, ma il diametro minore si trova più in basso cosichè, in modo più esatto, la zona del distacco raffigurerebbe una barca i cui estremi alquanti rialzati corrisponderebbero ai lati dell' utero. Inoltre per il meccanismo del distacco della placenta quando la contrazione uterina è divenuta forza manifesta, essendo inversi i fenomeni che si osservano fra le due superfici uterina e placentare prima coalescenti, avviene che la superfice uterina si restringe, la placentare s'ingrandisce risalendo quella, discendendo e facendosi procidente invece la seconda, e l'A. dall'esame delle tavole e delle preparazioni anatomiche sue accetta la conclusione che la superficie delle membrane risulti di due terzi circa maggiore della superficie uterina da cui si era distaccata. Essendo incerto il tempo in cui compare il segmento inferiore, perchè dovuto a coefficenti molto variabili individualmente, ne viene di naturale conseguenza che varia anche l' epoca della comparsa della emorragia nella placenta previa centrale indipendentemente dalla sua orientazione ed inserzione, poichè sotto questo punto di vista, distendendosi il segmento inferiore segnatamente nella regione anteriore, non ripugna il credere che nei casi con inserzione limitata alla parete anteriore succeda più solletico il distacco, e negli altri casi che l'iniziarsi del distacco avvenga nella porzione di placenta che sta al davanti dell' orificio uterino interno. Nel caso riportato dall'A. il segmento inferiore non è ben distinto, ciò è forse dovuto alla maggiore resistenza del segmento inferiore per la presenza della placenta, ed alla mancata pressione della parte presentata che colla porzione più grossa e resistente non giunge all' area del segmento inferiore, essendosi il travaglio in questo caso arrestato prima di giungere a metà del periodo dilatante, e non essendosi esercitata trazione alcuna sul feto da distendere il segmento inferiore specialmente nella regione estra-placentare.

CLIVIO.

Travaux d'electrothérapie ginécologique, *Archives semestrielles d'électrothérapie ginécologique* fondées et publiées par le docteur G. APOSTOLI, vice-président de la Société française d'électroth., etc. Paris, Société d'éditions scientif., Rue Antoine Dubois, 4, 1894. Vol. 1.°, prix 12 fr.

Sotto questa intitolazione il dott. Giorgio Apostoli ha raccolta in un volume di 720 pag. la traduzione di molti lavori scritti in varie lingue, che da 7 anni in qua furono pubblicati sulla elettroterapia ginecologica, rendendo così agevole il formarsi un concetto chiaro dell'argomento. L'A. aggiunge poi essere stato spinto a ciò « *surtout pour les lecteurs français ignorants pour la plus part des langues étrangères.* » Questo primo volume contiene appunto la versione francese di lavori stranieri: Inglesi, Belgi, Americani, Russi, Italiani, Tedeschi, Danesi, Austriaci, Polonesi, Ungheresi, Canadesi. Le pubblicazioni francesi troveranno posto nel secondo volume in corso di stampa. L'illustre elettroterapista parigino promette poi,

una volta esposto il passato, di continuare ogni anno la pubblicazione di quei recenti lavori che eventualmente verranno ad essere divulgati dalla stampa internazionale.

I cultori della nostra specialità debbono saper grado a queste fatiche del dottor Apostoli che con ogni sforzo, ad onta di non lievi difficoltà, tende sempre, per usare delle sue stesse parole, a diffondere la elettroterapia, *scienza che, nata ieri, non domanda che d'ingrandire e perfezionarsi,* e perciò inviamo all'infaticabile collega l'augurio che presto possa uscire anche il secondo volume di questa raccolta.

DECIO.

NECROLOGIO

ENRICO JACOLUCCI.

Chirurgo ed ostetrico valente, moriva testè in Napoli nel Dicembre 1894, all'età di 84 anni. Egli era noto nel mondo ostetrico specialmente per il connubio della sinfisiotomia col parto prematuro e di quella coll'embriotomia, proposto nel 1867, il che è tanto più notevole, inquantochè a lui si doveva la prima guarigione di taglio cesareo ottenutasi in Napoli.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVII. Marzo 1895. Num. 3.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-2 MAY 95

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE
diretto dal Prof. Pestalozza.

Contributo clinico e anatomo-patologico alla conoscenza dei rabdomiomi primitivi della vagina (1)

PER IL
Dott. ETTORE BIDONE

La patologia degli organi genitali femminili presenta ancora molti punti oscuri; così, fra i tumori primitivi della parete vaginale, mentre sono abbastanza noti i *polipi mucosi,* i *fibromiomi* o meglio *leiomiomi,* le *cisti,* il *cancro* e i *sarcomi,* si parla invece appena di due casi di *lipoma* (i quali però mancano dell'esame microscopico), e di un'altra rarità anatomo-patologica, intendo parlare del *rabdomioma,* di cui si trova per lo più citato soltanto il caso famoso della Kaschewarowa-Rudnewa.

Per la loro rarità questi ultimi sono ancora pochissimo studiati; credo perciò sia sempre cosa proficua il riferirne un nuovo caso, qualora se ne presenti l'occasione.

Cercando attentamente fra i casi di sarcomi vaginali, finora registrati nella letteratura medica, mi riuscì separare da questi altri 4 casi di rabdomiomi della vagina; allo studio dei quali inoltre mi sento fortunato di poter aggiungere un piccolo contributo col caso seguente, il quale si è prestato ad alcune considerazioni cliniche istologiche, che non mi parvero del tutto prive di interesse.

(1) Comunicazione fatta dal prof. Pestalozza al Congresso annuale della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia nel 1894. — Seduta 17 Ottobre.

Ecco la storia clinica:

Il 24 Marzo 1889 veniva ricoverata nella Clinica Pediatrica di Firenze (prof. Bajardi) la bambina Nava Annita di anni tre.

Già nel Giugno 1888 la madre aveva avvertito nella bambina una leggera tumefazione dei genitali esterni, dai quali fluiva uno scolo sanguinolento che si ripeteva a lunghi intervalli e in poca copia.

Sul principio dell'inverno 1889 la madre notò per la prima volta la presenza di piccole escrescenze carnose, fuoriuscenti dalla vulva, le quali andarono sempre aumentando, accompagnate a volta da stillicidio di sangue e a volta da abbondante scolo di liquido muco-purulento. Mai dolori nella località; mai disturbi nell'orinare.

La bambina non ha precedenti ereditari ed era sempre stata sana fino allora.

Stato presente (24 Marzo 1889). — Bambina ben nutrita e ben conformata.

Divaricate le grandi labbra si vede sporgere attraverso la vulva un tumoretto molliccio, di colorito roseo pallido e formato da una agglomerazione di piccoli acini, alcuni dei quali sono trasparenti e leggermente bluastri, grossi gli uni come un grano di miglio, ed altri come un chicco di grano turco. È impiantato con un breve e largo peduncolo sulla parete anteriore e sulla parete laterale destra della vagina. Il meato urinario è libero.

L'esportazione del tumore, praticata il giorno dopo, è accompagnata da abbondante emorragia. Esplorata dopo tre giorni fa vedere che il tumore era stato esportato completamente.

La bambina si rimette a poco a poco dallo stato di anemia in cui era caduta per l'emorragia ed esce dopo qualche settimana apparentemente guarita. Se non che dopo appena due mesi essa fu ricondotta alla clinica pediatrica perchè il tumore si era riaffacciato. Fu esciso una seconda volta col cauterio elettrico. Però il tumore recidiva un' altra volta dopo poco tempo e la massa recidivata ha un'inserzione più estesa di prima, essendosi diffusa alla parete laterale destra e sinistra e alla parete posteriore della vagina. E volendo abbreviare dirò che, nel periodo di tempo trascorso dal 24 Marzo 1889 fino al 5 Maggio 1890, il tumore recidivò 8 volte e fu esportato 7 volte. L'esportazione fu eseguita 6 volte all'ambulatorio, annesso alla clinica.

L'aspetto macroscopico del tumore si modificava notevolmente coll'aumentare delle recidive in sito, o meglio mano mano che esso rigermogliava dalla superficie cruentata della vagina, giacchè qui non si trattava di vere recidive, ma di continuazione del processo di neoformazione. Il tumore dopo la 3.ª-4.ª esportazione non presentava più l'aspetto mucoso,

con superficie ad acini riuniti insieme a guisa di grappolo, ma si presentava come una massa più compatta di tessuto sarcomatoso.

Dopo il Maggio 1890 la bambina non venne più all'ambulatorio e non se ne ebbe più notizia per lungo tempo.

Il giorno 25 Gennaio 1891 fu portata nella clinica in condizioni miserevolissime. Magrezza, pallore terreo, dolori acerbi durante l'emissione dell'orina; l'orina esce a gocce e la bambina è tormentata da un continuo bisogno di mingere. Stitichezza ostinata.

L'esame fa vedere che il tumore enormemente cresciuto occlude la vagina e forma nella pelvi una massa del volume di un pugno. Il tumore fa pressione sull'uretra e sul retto.

La bambina muore il 18 Marzo 1891, e il giorno dopo vien praticata la necroscopia, che trascrivo come la raccolsi all'Istituto di anatomia patologica (prof. Banti).

Polmoni e cuore sani. Fegato leggermente grasso. La vescica aderisce alla parete anteriore dell'addome in corrispondenza dell'ombellico. Reni molto grossi con segni di nefrite parenchimatosa e focolai purulenti multipli. Pielite purulenta. Dilatazione dei bacinetti e degli ureteri. La vescica è formata di due sacche sovrapposte. Dal collo vescicale vegeta un tumore a cavolfiore di aspetto midollare, che riempie quasi intera la cavità inferiore. L'orificio vescicale e il canale uretrale sono pervii. Il tumore infiltra le pareti dell'uretra, tutte le pareti vaginali e l'ostio vulvare; ha distrutto porzione del collo dell'utero. A sinistra esiste una piosalpingite. Ripetizione del tumore nei gangli linfatici inguinali superficiali e profondi, e in quelli iliaci.

* * *

Alla storia clinica e alla necroscopia dette piuttosto succintamente farò seguire ora l'esame istologico dei pezzi esportati, nelle varie operazioni, e questo peccherà forse per troppi dettagli, ma non faccio altro che descrivere le modificazioni che avvengono nelle varie recidive, e quanto di notevole mi passa sott'occhio nell'esame microscopico di una grandissima quantità di sezioni, le une diverse dalle altre. I pezzi conservati in alcool o in Müller, furono induriti convenientemente, inclusi in paraffina e sezionati col microtomo. Le sezioni colorii con varie sostanze (ematossilina, safranina, ecc.). Comincio dai pezzi tolti nella prima operazione facendone una descrizione a parte delle vesciche o acini e delle masse del tumore; indi verrà più in succinto l'esame dei pezzi relativi alle varie recidive.

1.ª Operazione. — *Vescicole:* La superficie delle vescicole del tumore è regolare, coperta di epitelio, che solo in rari punti presenta l'aspetto dell'epitelio vaginale normale. Per lo più gli elementi epiteliali di rivestimento sono rigonfiati, con nucleo grosso e colorito sbiaditamente dalla safranina, come se fossero in via di degenerazione; alcuni altri, rari però, si presentano in mitosi. In altri punti, invece delle comuni cellule dell'epitelio stratificato, si osservano cellule fusate, molto lunghe, le quali si inalzano, incastrate fra loro, perpendicolarmente alla superficie delle vescicole.

Mentre in alcuni punti l'epitelio è ridotto al semplice strato profondo di cellule cubiche o cilindriche disposte a palizzata; in altri invece, e sono i più, consta di 3-4 e anche più strati di cellule che da quello fondamentale per lo più cubico vanno assumendo negli strati superficiali una forma poligonale irregolare per diventare poi affatto piatte. Però quasi sempre lo strato più superficiale di cellule piatte manca.

Tra queste cellule epiteliali si notano qua e là alcune cellule rotonde, intensamente colorate, grosse quanto i leucociti, e che come questi sono polinucleate. Tra questi leucociti però sonvi altri elementi più grossi, pure rotondi, simili a quelli che si trovano nell'interno del tumore del quale costituiscono parte. L'infiltrazione di questi elementi rotondi è molto più marcata negli strati profondi dell'epitelio, anzi in certi punti non lascia distinguere che a stento l'epitelio stesso. Questa infiltrazione inoltre si continua nello strato sottomucoso che talora sostituisce completamente, formando una zona separante l'epitelio di rivestimento dalla neoplasia.

In molti punti delle sezioni fatte, questa zona di infiltrazione cellulare non esiste e non esiste neanche visibile lo strato sottomucoso; ma ivi la neoplasia arriva a diretto contatto dell'epitelio vaginale, dimodochè questo, senza intermezzo alcuno, viene ad essere inserito direttamente sulla massa stessa del tumore. Anzi ho potuto talvolta osservare nelle vescicole, e specialmente in alcuni punti periferici della massa grossa del tumore, che l'epitelio vaginale o meglio le cellule cubiche del suo strato profondo (vedi tav.) si impiantano direttamente sulle fibre muscolari striate, che vedremo aver buona parte nella composizione del tumore.

Questo costituirebbe un fatto nuovo, imperocchè, se non erro, non è stato visto mai nè in patologia nè in fisiologia un epitelio inserito direttamente su fibre muscolari.

Il tessuto neoplastico che costituisce essenzialmente queste vescicole varia leggermente nella disposizione dei suoi elementi se si piglia a considerare la periferia di queste, il centro o il loro peduncolo. Il peduncolo è costituito essenzialmente da cellule fusate e rotonde commiste fra loro a formare un tessuto piuttosto compatto, con fibre muscolari isolate o riunite in piccoli fascetti, i quali sono in continuazione cogli elementi

della massa del tumore, di cui le vescicole rappresentano semplici diverticoli. Alla base della vescicola le cellule fusate e le fibre muscolari sono tutte dirette nello stesso senso, arrivate poi nella parte ampia della medesima si sparpagliano a ventaglio, sempre però dirette secondo il loro maggior asse verso la periferia, ove vanno a terminare perpendicolarmente alla linea regolare di confine, formata dall'epitelio. Le cellule rotonde sono ovunque sparse irregolarmente fra le altre due specie di elementi sarcomatosi.

Tali elementi specifici della neoplasia in discorso vanno diventando sempre più scarsi di mano in mano che dal peduncolo andiamo verso la superficie della vescicola. Qui meglio che in altre parti si distinguono benissimo presentandosi isolati e in qualche punto proprio separati l'uno dall'altro da spazio chiaro piuttosto grande, ove è pure possibile studiare senza difficoltà la sostanza intercellulare. Sarà perciò qui, più che in altro punto, opportuno esaminare in tutti i suoi particolari l'intima struttura del tumore.

È da notare anzitutto che nelle vescicole gli elementi che imprendiamo ora a studiare non sono proprio liberi in spazi chiari, ma sono sostenuti da un reticolo a maglie irregolari, talora rade, talora fitte, di tessuto connettivo mucoso. Dimodochè in quei punti ove sotto il campo microscopico non cade la sezione di fibra muscolare, ma solo si vede quel tenue reticolo in cui sono impigliate cellule fusate sarcomatose e cellule rotonde, ivi dico si può parlare di semplice sarcoma mixomatoso. Ma rarissimi sono quei campi visivi ove non si possano contare non una sola ma moltissime fibre muscolari.

Relativamente agli altri elementi della neoplasia sono piuttosto scarsi quelli a forma rotonda, che constano di un nucleo ben colorito, perfettamente rotondo, circondato da sottile alone di protoplasma chiaro lucente, e con contorno scuro. Queste cellule sarcomatose sono sparse irregolarmente fra gli altri elementi; alcune fra esse non si possono più dire rotonde, ma appaiono coniche, presentandosi acuminate in una parte della loro periferia; altre poi sono acuminate in due poli opposti della loro periferia; assumendo una forma ovale; e questi elementi mentre non si possono ancora classificare come cellule fusate, si possono però considerare come altrettanti punti di passaggio fra le rotonde e le fusate sarcomatose. Queste ultime sono le più numerose in certi punti della neoplasia, mentre in certi altri sovrabbondano le fibre muscolari.

Delle cellule fusate sarcomatose non tutte conservano la loro forma caratteristica; molte presentano un nucleo bastonciniforme, e ai due poli del bastoncino si accumula un protoplasma granuloso gialliccio, che talora si ramifica dicotomicamente seguitandosi col reticolo mucoso che ha lo stesso colore gialliccio, talora invece è ben limitato da apposita membrana e ne risulta una grossa cellula affusata quando piuttosto corta,

quando un po' più lunga, quando molto lunga, e allora poco si differisce dalla fibro-cellula muscolare, essendo a quella somigliante anche per una fine fibrillazione longitudinale del protoplasma. E volendo qui fare una semplice considerazione relativa a quanto osservo e vado scrivendo sugli elementi del tumore, si potrebbe dire che questi elementi sono da considerarsi come punti di passaggio fra le cellule fusate sarcomatose e le fibre muscolari; non essendo esse più cellule fusate, e non potendosi ancora dire con certezza fibre muscolari. Esse rappresenterebbero in una parola i corpuscoli muscolari che danno luogo alle fibre muscolari striate col moltiplicarsi del loro nucleo e col differenziarsi del loro protoplasma in strie longitudinali e trasversali.

In alcuni di questi elementi difatti si vede il nucleo come strozzato in due, mai in cariocinesi, e il protoplasma già fibrillato longitudinalmente; in altri si vede frammentarsi il nucleo in 3-4 segmenti, che in altri ancora si allontanano l'uno dall'altro nel mentre che la cellula si è allungata alquanto ed è cominciata di già nel protoplasma un'ulteriore differenziazione, presentandosi perifericamente ai suoi lati una evidente striatura trasversale. In altri poi, più avanzati nello sviluppo, si vede tutta la cellula striata trasversalmente, rimanendo il protoplasma granuloso soltanto per un breve tratto attorno ai poli nucleari (vedi tavola).

Ho accennato a queste somiglianze e a questi passaggi unicamente allo scopo di descrivere quanto la vista mi dettava mentre passavo in rivista sotto forte ingrandimento, minuziosamente e ripetutamente, numerosissime sezioni del tumore. Non intendo con ciò per ora trarre alcuna deduzione d'indole genetica sulla strana presenza delle fibre muscolari striate in una regione ove normalmente tali elementi mancano affatto; ma di questo sarà detto in seguito.

Nelle vescicole le fibre muscolari, quali appaiono in sezioni longitudinali, con protoplasma giallognolo, polinucleate, presentano sempre una fibrillazione longitudinale visibile, e quasi sempre una evidentissima striatura trasversale; solo raramente non è possibile mettere in evidenza tale striatura neanche coll'immersione. Con ciò non sono indotto a credere che si tratti di fibrocellule muscolari, ma penso che tale fatto sia piuttosto da attribuirsi ad una non adeguata colorazione, o perchè ancora addietro nello sviluppo.

Le fibre muscolari, che ora possiamo chiamare, senz'altro striate, sono per lo più sezionate longitudinalmente e obliquamente, alcune però anche trasversalmente. Esse possono essere isolate, ma più spesso sono riunite in fasci, mai però circondati da perimisio nè interno, nè esterno, solo ciascuna di essa è provvista del suo sarcolemma. Il sarcolemma non appare sempre ben manifesto nelle cellule sezionate longitudinalmente, e specialmente ove non appaiono le striature trasversali nel protoplasma.

In queste anzi le fibrille riunite in fascio attorno ai nuclei si sparpagliano liberamente agli estremi come un pennello.

Una particolarità degna di nota riguarda le fibre musc. striate del tumore ed è che soltanto in un numero limitatissimo di esse i nuclei si trovano, come usualmente, spinti alla periferia della sostanza contrattile, addossati, accollati immediatamente alla faccia interna del sarcolemma; ma in quasi tutte le fibre muscolari che in gran parte costituiscono il tumore, i nuclei bastonciniformi od ovali appaiono nel mezzo della sostanza contrattile, nel centro del tubo formato dal sarcolemma. E presentando inoltre molte di esse una forma decisamente piatta, larga fino a 12-15 mm., non si può far a meno di paragonarle alle fibre muscolari del cuore (del Purkinje), tanto più che in qualche sezione ho potuto rilevarne alcuna che presenta divisioni dicotomiche, carattere pure questo delle fibre muscolari cardiache.

Dalla massa del tumore passando per il peduncolo penetrano nelle vescicole alcuni vasi capillari ectasici, il cui endotelio però è normale, fatto questo non privo di importanza, volendo alcuni, come vedremo, dall'endotelio vasale fare originare tali tumori.

Nelle vescicole appaiono scarse sezioni di capillari pieni di sangue, come pure si notano qua e là degli spazi piuttosto piccoli, chiari, vuoti o contenenti poco detrito e qualche cellula endoteliale, pure tappezzati di endotelio non proliferante, i quali stanno a rappresentare i linfatici della neoplasia.

Massa del tumore: L'epitelio che riveste la massa del tumore presenta le stesse particolarità che abbiamo sopra descritte a proposito dell'epitelio di rivestimento delle vescicole; ne differisce però essendo sulle vescicole per lo più ridotto a pochi strati, mentre qui è sempre formato da numerosi strati di cellule epiteliali poco modificate.

Il limite fra tumore ed epitelio ha un andamento regolare, curvilineo, eccettuato i punti ove si sollevano le vescicole, assumendo ivi una forma elegantemente festonata, a festoni ora grossi, ora piccoli, che stanno a rappresentare le sezioni delle vescicole sudescritte.

E osservando questa parte della massa del tumore corre a proposito di dare una spiegazione del modo di formazione di dette vescicole. È evidente difatti il rapporto fra la formazione di queste vescicole sarcomatose e le papille della mucosa già esistenti; queste papille in vero, appena sono attaccate dalla neoformazione, si allungano e ingrossano e la loro normale tessitura vien sostituita dagli elementi della neoplasia; in parte esse si innalzano sull'originario livello a larga base, in parte con sottile e lungo peduncolo. Si veggono inoltre altre formazioni più sottili, lunghe e coniche, composte essenzialmente, le più tenui, di infiltrazione parvicellulare, ricoperte di 2, 3 strati di epitelio. E fra queste vi sono qua e là alcune escrescenze molto più ampie, con una super-

ficie più o meno lobiforme, conica, elevata, data dalla confluenza delle papille.

La direzione dei nuclei e delle fibrille corrisponde all'asse longitudinale dei piccoli polipi. Nei più grandi di questi polipi, o vescicole che si voglion dire, si trovano grossi vasi vuoti (linfatici), non che capillari pieni di sangue.

Esistono nell'epitelio di rivestimento solchi profondi che dividono rilievi papillari vicini, e in questi solchi esistono saldamenti epiteliali, perciò ivi pare sieno penetrati dei sottili zaffi di epitelio nel tessuto neoplastico.

Nessuna zona necrotica esiste nè nelle vescicole, nè nella massa del tumore. Solo in punti limitati esiste la zona di infiltrazione sottomucosa, per lo più il tessuto proprio della neoplasia arriva fino a contatto dell'epitelio.

Il tessuto che forma la massa del tumore è costituito anzitutto da una sostanza fondamentale gialliccia, che appare omogenea in qualche punto, ma per lo più presenta filamenti irregolarmente intrecciati fra loro, come la sostanza mucosa. In questa tenuissima sostanza cementante si trovano impigliate le tre specie di elementi già descritti nelle vescicole, ma in numero molto più grande, tanto da sembrare talora un tessuto compatto, specialmente in quei punti ove le fibre muscolari striate sono lunghe e dirette tutte nello stesso senso, stipate l'una contro l'altra come a formare dei fasci; in altri punti si vedono tagliate trasversalmente e sono pure numerosissime, come lo sono anche le cellule rotonde, ovali, clavate e quelle fusate.

Le fibre muscolari striate appaiono in qualche punto dirette in tutti i sensi essendo magari di tre vicine; una tagliata trasversalmente, l'altra obliquamente, la terza longitudinalmente. Le forme che assumono dette fibre striate sono talmente varie e strane, che impossibile o troppo lunga ne riuscirebbe una esatta descrizione; meglio vale riportarne, come ho fatto, le figure più interessanti, le quali credo basteranno a darne un'idea sufficientemente esatta (vedi tav.). Solo qualche rarissima fibra muscolare striata pare in via di degenerazione contenendo spazi chiari, e segmentandosi nei suoi singoli sarcoelementi; ma, lo ripeto, appena una o due ne vidi fra tutti i preparati osservati, e non sono pochi.

2.ª Operazione. — L'esame microscopico di questa prima recidiva ha dato lo stesso reperto istologico del primo, e non farei che ripetere parola per parola quanto ho detto sopra, perciò ne tralascio la descrizione. Neanche qui si è visto mai fibra muscolare striata contenere zolle di degenerazione cerea, come ebbero ad osservare altri osservatori in rabdomiomi d'altre regioni, nè presentare mai altre forme degenerative;

esse al contrario appaiono in uno stadio attivissimo di proliferazione. I vasi che sono forse un po' più abbondanti appaiono pure qui sotto forma di capillari con endotelio normale, e così pure si vedono alquanti spazi linfatici. Qui però più che nel primo esame, intorno ai vasi appare un alone chiaro splendente, formato da tenuissimo connettivo mucoso con qualche rara cellula; ciò è dovuto ad uno stato edematoso perivasale. Al di là di questo alone si vedono abbondanti e rigogliosi gli elementi caratteristici della neoplasia.

3.ª Operazione. — L'epitelio si presenta come nelle due prime operazioni. Subito sotto l'epitelio, per lunghe estensioni si trova una forte infiltrazione di globuli rossi, la quale talora costituisce veri punti emorragici limitati sottoepiteliali.

Del resto in molti punti del tumore si vede ancora la stessa struttura osservata nei due esami precedenti, se si toglie una leggera differenza in ciò che qui le fibre muscolari striate non presentano più quella varietà strana di forme, ma per lo più sono a forma di nastro regolare; vi è inoltre sovrabbondanza delle cellule rotondeggianti sulle fusate, e ciò solo in determinati tratti delle sezioni.

In alcuni pezzi si vedono gli elementi rotondi e fusati posti in abbondanza in un substrato di color gialliccio finamente e irregolarmente fibrillato (connettivo mucoso), senza notarvi neanche una fibra muscolare striata.

Tra i vasi se ne vedono alcuni di media grossezza, che non sono più veri capillari, e sono circondati da strato piuttosto spesso di connettivo lasso edematoso. In tutti però l'endotelio è normale.

4.ª Operazione. — L'epitelio appare come normale su talune sezioni, però presenta qua e là degli zaffi epiteliali che si approfondano nella massa del tumore fino a 2-3 mm. di profondità e son dovuti probabilmente a saldamenti epiteliali delle pareti di profondi e stretti solchi.

In altre sezioni invece l'epitelio manca su quasi tutta la loro periferia, la quale in questi casi è data da sottile strato di fibrina organizzantesi, sotto la quale immediatamente sta il tessuto neoplastico, che, come usualmente verificasi nelle comuni erosioni epiteliali, si presenta in uno stato infiammatorio semplice, essendovi marcatissima infiltrazione superficiale di globuli bianchi. E in qualche punto ove manca anche questo sottile strato di fibrina par proprio di vedere le fibre muscolari terminare liberamente a nudo sulla superficie del tumore.

Del resto la struttura del tumore è identica a quella della 3.ª operazione, se si fa osservare che in zone piuttosto estese, superficiali, si nota una composizione istologica quasi esclusivamente di cellule rotonde

più grosse dei leucociti, pochissime fusate, e nessuna fibra striata. Queste zone terminano sotto l'epitelio di rivestimento, da cui sono separate talora soltanto da una serie di capillari piccoli, numerosi, con endotelio normale.

5.ª Operazione. — In alcuni pezzi presi profondamente si vedono dei grossi nodi che come bottoni si immettono in un tessuto connettivo ricchissimo di vasi, il quale forma ad essi come un astuccio. Tali nodi sarcomatosi, grossi anche come fagiuoli, sono costituiti di puri ammassi di cellule sarcomatose rotonde poste l'una sull'altra senza apparente sostanza fondamentale, e soltanto sostenute da sepimenti di tessuto connettivo piuttosto compatto, che, partendosi dall'astucio connettivale circostante, divide la grossa lobulazione in molte più piccole. Nessuna cellula fusata, nessuna fibra muscolare striata si vede in queste sezioni.

In altri pezzi però si ripresenta la solita struttura, un po' modificata. L'epitelio che è normale in molti punti, in altri invece presenta un numero grandissimo di strati cellulari, e fra questi si notano qua e là degli spazi chiari, anche negli strati superficiali, contenenti uno, due, o più vasi sanguigni capillari. Questi spazi chiari per la loro regolare rotondità o leggermente ovali e per altre particolarità, a piccolo ingrandimento, mi colpirono subito e mi fecero lì per lì errare sulla loro interpretazione; avendo io in sul primo creduto che essi stessi fossero vasi capillari ectasici contenuti nell'epitelio, alla nutrizione del quale servissero; e questo sarebbe stato un fatto nuovo nell'anatomia umana, e di grande importanza. Ma quegli spazi chiari, osservati più attentamente, mi si dimostrarono come sezioni di zaffi cilindrici di tumore che si erano internati nell'epitelio, o come piccole papille che a poco a poco coll'avanzarsi dell'epitelio rimasero da questo strozzate e finirono per trovarsi isolate nel suo interno. In questo tratto sotto l'epitelio vi è un tessuto mixomatoso.

In certi punti interni del tumore non si vedono più ben distinte fibre muscolari striate; qua e là si vedono alcuni nuclei grossi, vescicolari, che occupano quasi tutta una cavità grande, e sembrano fibre tagliate trasversalmente.

In qualche punto, ove la infiltrazione parvicellulare non è marcata, ma esistono molto più abbondanti le cellule fusate, si notano ancora fibre muscolari striate benissimo conservate, regolari, con doppia striatura; nessuna però presenta quelle strane forme (rigonfiamenti parziali, ecc.), vi si trovano però, come al solito, nei vari periodi della loro vita embrionale.

In punti superficiali della neoplasia si hanno piccoli focolai emor-

ragici, ivi si hanno vasi abbondanti. Ma neanche qui si osservano focolai di degenerazione, e neanche fibre muscolari isolate degenerate.

6.ª Operazione. — Epitelio quasi normale, con zaffi profondi, e con elementi in mitosi. Sotto l'epitelio si vede per lo più uno strato piuttosto spesso di cellule fusate dirette parallelamente alla superficie; non in tutti i pezzi però si osserva tale disposizione.

Verso il centro della sezione cambia affatto la struttura e assume un aspetto cribriforme, dato da numerosissimi vasi sanguigni separati da sepimenti di tessuto, formato quasi esclusivamente da elementi sarcomatosi grossi o piccoli, tutti rotondi od ovali, sparsi con certa parsimonia in una sostanza fondamentale chiara, omogenea.

Nei vasi suddetti il cui endotelio è normale non si notano che raramente degli elementi sarcomatosi liberi. In isole speciali e solo verso la periferia si notano ancora scarsissimi accumuli di fibre muscolari striate.

In altre sezioni queste fibre muscolari si trovano ancora in discreto numero, e isolate come nei primi esami; evidentissime in alcune di esse appaiono le due striature, ed hanno sempre forma regolare; non rigonfiamenti, non nuclei in serie, ma scarsi anzi che no lungo le fibre.

7.ª Operazione. — L'epitelio che riveste tutti questi pezzi si presenta coll'aspetto normale dell'epitelio vaginale; unica differenza consiste negli strati che sono più stipati; e nei prolungamenti che manda a guisa di zaffi epiteliali entro la neoplasia. Alcuni di questi, esili ma lunghi, si approfondano anche per un centimetro; altri sono più grossi ma ad una certa profondità mandano fino a 5-6 prolungamenti sottili, i quali a loro volta si dividono dicotomicamente in piccoli zaffi di epitelio, che hanno un cammino tortuoso, elegante, e talora conglobano, riunendosi, delle piccole sezioni rotondeggianti di tessuto neoplastico. Numerose sono nell'epitelio le forme di mitosi.

Rari sono i tratti ove l'epitelio manca, ed ivi il tessuto del tumore rimasto a nudo presenta una marcatissima infiltrazione infiammatoria.

Tutte le masse esportate con quest'ultima operazione presentano ove più ove meno, una marcata infiltrazione leucocitica. Riguardo alla loro struttura istologica dette masse si possono distinguere in due serie; in una di esse la neoformazione conserva presso a poco la struttura della recidiva antecedente, mostrandosi tuttora qua e là ancora evidenti, fra le fusate e le rotonde, delle fibre muscolari con distinta striatura trasversale, queste però sono molto rare e strette, come se fossero in via di atrofia, dovuta alla compressione che su di esse esercitano gli altri elementi del tumore che le circondano, e che in questi pezzi più che

in tutti gli antecedenti sono ricchissimi. Esistono pure qui ancora quelle speciali forme cellulari che tradiscono l'aspetto dei sarcoblasti.

Nell'altra serie la struttura ha variato affatto da quelle finora viste. Non si vedono più in esse delle fibre muscolari, e solo pochissime cellule fusate; sono perciò quasi esclusivamente formate da cellule rotonde o ovali, a nucleo intensamente colorito, tutte giovani e sotto un processo attivissimo di proliferazione. Per lo più sono grosse come quelle sarcomatose rotonde, descritte innanzi, sorpassano cioè poco più il volume dei leucociti, altre invece sono grosse 3-4 volte tanto ed appaiono come un globo di sostanza colorante tanto ne sono intensamente impregnate.

In alcuni distretti non si vede affatto la sostanza fondamentale intercellulare tanto sono avvicinate l'una all' altra le cellule del tumore, in altre appare il solito tessuto connettivale mucoso, molto scarso però. Specialmente le masse a struttura sarcomatosa globocellulare appaiono intersecate da sottili striscie di tessuto connettivo fibrillare, che sostiene questo agglomeramento cellulare dividendolo in numerose e sempre grosse lobulazioni.

Intorno ai vasi di questi ultimi esami non c'è nulla di speciale da dire.

Quella speciale formazione vescicolare osservata sulla superficie dei pezzi esportati nelle prime tre operazioni non si è più notata nelle ultime quattro.

Riassumendo possiamo dire che in questo tumore si trattava di una neoformazione a forma di polipo, a grappolo, rivestita di epitelio pavimentoso stratificato, e con stroma tenuissimo costituito da tessuto connettivo giovane, e talora proprio mixomatoso, in mezzo al quale stanno impigliate cellule rotonde, cellule fusate sarcomatose, cellule e fibre muscolari striate embrionali a diverso grado di sviluppo, in parte riunite a fasci paralleli, in parte isolate, e alcune disposte trasversalmente.

Queste fibre muscolari striate non presentano mai processi degenerativi, e in numero più o meno grande si trovano sempre in tutte le recidive, fino alla morte.

* * *

Mi permetto ora di riportare i casi di sarcomi della vagina infantile e adulta, finora a me noti, per potere poi da questi tirar fuori i casi di rabdomiomi, e su essi fare alcune poche considerazioni d'indole generale clinica, e altre sulla genesi loro.

Casi di Sarcomi primari della vagina nell'età infantile

(DALLA MEMORIA DI PICK) (1).

1. MARCH (*Pathol. transact.*, London, 1874, p. 178). *Fibrosarcoma;* † in età di 2 anni e 4 mesi.

2. SAENGER (*Arch. f. Gynaekol.*, Berlin, Bd. 16, p. 56). *Sarcoma midollare,* a cellule rotonde; † in età di 3 anni e 6 mesi.

3. AHLFELD (*Arch. f. Gynaekol.*, Berlin, Bd. 16, p. 135). *Fibrosarcoma;* † in età di 3 anni e 6 mesi.

4. SOLTMANN (*Jahrbuch für Kinderheilk.*, Neue Folge, Bd. 16, p. 418). *Mixosarcoma;* † in età di 2 anni e 6 mesi.

5. HAUSER (*Virch. Arch.*, Bd. 88, p. 165). *Sarcoma a cellule rotonde e fusiformi, con fascetti muscolari lisci e striati,* e con isole epiteliali; † in età di 2 anni dopo 5 recidive.

6. DEMME (« 19 medic. Bericht über die Trätigkeit d. Jenner'schen Kinderhospit » in Bern., p. 15). *Fibrosarcoma* sorto in neonato; † in età di 7 anni. Dalla parete vaginale destra partiva a polipo e occupava l'introitus e il fornice. Sanguina. Operato, recidiva 2 volte nel corso di 7 mesi. Alla sezione si trova proliferazione nella vescica, nell'ovaio sinistro un tumore grosso; ghiandole inguinali, iliache e retroperitoneali rigonfie. Identico l'esame microscopico nel principio e nelle recidive.

7. STEINTHAL (*Virch. Arch.*, Bd. 111, p. 449). *Mixosarcoma;* † in età di 3 anni.

8. BABBES (« Zimssens spec. patholog. u. Therap., » Bd. 14, p. 475). *Sarcoma fusicellulare* con speciale metamorfosi cilindromatosa dei vasi; † ? Sarebbe recidivato da un endotelioma estirpato da bambina di 3 anni, che occupava l'introitus della vagina.

9. SCHUSTLER (*Vien. Klin. Wochenschr.*, N. 6 u. 9). *Sarcoma fusicellulare* con sostanza fondamentale mucosa; † in età di 4 anni e 4 mesi.

10. SCHUCHHARDT I.° (« Zweiter Congress der deutsch., » *Gesellschaft f. Gynaek.*, Halle, 1888. Frick. Inaug. Diss. Halle, 1888). *Sarcoma a cellule rotonde e fusiformi* con sviluppo vasale quasi cavernoso; † in età di 1 anno.

11. SCHUCHHARDT II.° (Frick). *Sarcoma a cellule rotonde e fusiformi.* Insorgenza a 2 anni, estirpazione, recidiva dopo 6 mesi; 2.ª estirpazione e *guarigione.*

12. KOLISKO I.° (« Das polip. sarcom d. Vagina im Kindesalter. » *Vien. Klin. Wochenschr.*, N. 6, 1889). *Miofibrosarcoma;* † all'età di 1 anno e mezzo.

---

(1) « Ueber Sarcome des Uterus und der Vagina im Kindesalter, und das primäre Scheidensarcom der Erwachsenen. » *Arch. f. Gynaekologie,* Berlin, 1894, pag. 191-255.

13. Kolisko II.° (l. c. N. 7). *Miosarcoma;* † a 1 anno e mezzo.

14. Kolisko III.° (l. c. N. 8, nach *Billroth Chir. Klin.,* 1871-76). *Miofibrosarcoma;* † a 1 anno e 7 mesi.

15. Körner (Inaug. Diss. Göttingen, 1892). *Fibrosarcoma.* Insorgenza a 2 anni dalla parete vaginale posteriore; † a 2 anni e alcuni mesi. Alla necroscopia si trovano dei tumori grossi come avellane occupano tutta la parete vaginale anteriore e posteriore, alcuni grossi come ovo di gallina. Polipi grossi come fagioli sulla parete poster. della vescica. Il 1.° tumore esportato lascia dubbio fra sarcoma alveolare e carcinoma; le masse esportate ogni 14 giorni pei disturbi vescicali dalle recidive, hanno struttura evidentemente sarcomatosa.

Casi di Sarcomi primari della vagina nell'età adulta.

1. Kaschewarowa-Rudnewa (*Virch. Arch.,* Bd. 54, p. 63 f. f. u. Breisky, Krankheiten der Vagina, 1879, p. 144, f. f. Zusammenstellung der drei Fälle). *Rabdomioma* con accrescimento mixomatoso in ragazza di 15 anni. Tumore poliposo della parete anteriore della vagina. Operazione, recidiva. Morte. Esaminato da Klebs fu ritenuto come iperplasia normale del tessuto muscolare avendo trovato alcune fibre muscolari striate in continuazione con quelle dell'elevatore dell'ano.

2. Kaschewarowa-Rudnewa (l. c.). *Sarcoma a cellule fusate* in multipara, tumore ulcerato sulla parete posteriore. Mancano notizie.

3. Kaschewarowa-Rudnewa (l. c.). *Sarcoma a cellule fusate;* ragazza di 17 anni grosso come ovo di tacchino sulla parete posteriore della vagina. Estirpazione. Recidiva.

4. Spiegelberg (*Arch. f. Gynaekolog.,* Bd. 4, p. 344, 1872). *Sarcoma a cellule fusate* (esaminato da Waldeyer). IVpara. Tumore liscio, elastico, grosso come una noce; parte dalla porzione inferiore della parete anteriore. Estirpazione. Guarigione.

5. Spiegelberg (l. c.). *Sarcoma parvicellulare midollare* (Waldeyer) in nullipara di 58 anni; forte infiltrazione della parete inferiore della vagina; ulcera cancerosa delle grandi labbra; infezione della ferita; ascesso migrante al femore sinistro. Morte.

6. Bajardi (*Annali d'Ostetricia,* 1880) (citato presso Breisky, « Krankheiten der Vagina » 1886, p. 743). *Sarcoma a cellule fusate e rotonde.* Gravida a 25 anni. Tumore con peduncolo grosso come il pollice sul terzo inferiore della parete destro-posteriore della vagina. Estirpazione. Parto. Due tumori recidivati. Seconda estirpazione con galvano-caustica; nuova recidiva; tumefazione delle ghiandole linfatiche addominali, inguinali, giugulari; metastasi alla pelle del petto e addome; † 8 mesi dopo l'ultima operazione con fenomeni di bronchite e peritonite.

7. Steinthal (*Virch. Arch.,* Bd. 111, S. 21, f. f.). *Angiosarcoma* in IIIpara di 18

anni. Tumore ulcerato al centro, duro, grosso come noce, situato dietro l'ostio vaginale, sulla parete anteriore. Tumori simili sulla parete posteriore. Estirpazione. Dopo 14 giorni la vagina è piena di masse recidivanti.

8. Fraenkel (*Deutsche Zeitschr. f. pract. Med.*, 1875, p. 75). *Sarcoma a cellule rotonde;* gravida a 30 anni. Parto. Sulla parete vaginale anteriore, a sinistra, si presenta una ulcerazione. Cauterizzata rapidamente recidiva e si stabilisce una fistola retto-vaginale.

9. Ahlfeld (*Arch. f. Helk.*, Bd. 8, S. 560). *Sarcoma a cellule rotonde e fusate* in ragazza di 15 anni. Probabilmente originato dalla parete anteriore e labbro uterino anteriore.

10. Menzel (*Centralb.. f. Gynäk.*, 1885, N. 16). *Sarcoma a cellule rotonde* in donna di 39 anni. Tumore ulcerato, grosso come una mela, a larga base impiantato sulla parete anteriore.

11. Rosthron (*Vien. Klin. Wochenschr.*, 1889, N. 38). *Sarcoma a cellule rotonde, fusate e giganti,* in donna di 43 anni, primipara. Tumore grosso come ovo di gallina, impiantato a larga base posteriormente. È rotondo, duro, ben limitato. Operazione. Cinque recidive. In fine una metastasi in una costa di destra, grossa come un ovo; pleurite grave. Morte.

12. Herzfeld (*Allgem. Wien. Medic. Zeit.*, 1889, N. 48). *Sarcoma a cellule fusate,* in donna IVpara di 38 anni. Tumore grosso come ovo di gallina sulla parete vaginale anteriore, circoscritto come fibroma sottomucoso. Operazione. Dopo 8 mesi due recidive in vagina, e i segni di gravidanza al 7.° mese. Leucorrea; ghiandole inguinali ingrossate. Morte. Alla sezione si trovano due tumori in vagina; numerose metastasi polmonari; piccolo bacino quasi riempito da masse che riempiono pure la vagina. Noduli nel cellulare e ossa iliache.

13. Kalustow (*Arch. für Gynaekologie,* Berlin, Bd. 40, Heft 3). *Sarcoma telangiectasico* in pluripara di 23 anni. Ulcerazione completamente necrotica, fortemente secernente sanie, sulla parete vaginale anteriore. In mezzo al gluteo di sinistra e nella coscia destra due piccole metastasi.

14. Wirtz (« Ueber einen Fall von primären Scheidensarcom. » Inaug. Dissertation, Bonn, 1891). *Sarcoma a cellule fusate* in ragazza di 17 anni; sulla parete vaginale anteriore. Tutta la vagina è piena di pezzi aderenti alla parete vaginale anteriore, pallidi, grossi fino a ovo di gallina. Operazione. Morte dopo 3 mesi. Manca la necroscopia. (Esaminati a fresco si vedono qua e là nella sostanza intermedia dei fasci striati che dovevano corrispondere a fasci muscolari striati).

15. Gow (*St. Barthol. Hosp. Rep.*, Bd. 27, 1891, p. 97). *Sarcoma a cellule rotonde* in donna di 55 anni; sulla parte inferiore della parete vaginale posteriore. Estirpata, recidiva 3 volte. Morte.

16. Meadows (*Obstetr. Soc. Transact.*, Vol. X). *Sarcoma a cellule fusate* in primipara di 38 anni. Tumore ulcerato, sanguina facilmente, molto sensibile, sulla parete vaginale destra. Schiacciamento. Morte dopo 8 giorni per embolia. Il

tumore originatosi dalla mucosa vaginale, si sviluppò in alto fra vescica ed utero, in basso all'ostio vaginale.

17. Simmons (*Edimb. Obstetr. Transact.*, Vol. X). *Sarcoma a cellule fusate* in ragazza di 19 anni. Grosso come una noce è posto sulla parte inferiore della parete posteriore. Ulcerato in un punto; tre settimane più tardi emorragie gravi. Morte dopo 8 giorni per l'emorragia. Manca la necroscopia.

18. Gatti (« Sul sarcoma primitivo della vagina. » *Giornale della R. Accademia di Medicina,* Torino, 1892, N. 7). *Mixosarcoma a cellule sarcomatose fusiformi,* sviluppatosi nel connettivo sottomucoso della parete anteriore della vagina (terzo inferiore), in donna nubile di 34 anni. Esportazione il giorno 8 Marzo 1891. Guarigione.

* * *

Tutti questi casi di sarcomi vaginali sommati assieme arrivano a 34, e solo in pochi di essi si poterono riscontrare delle fibre muscolari striate. Difatti nei tre casi di Kolisko nelle masse cellulari del tumore si trovarono elementi che per le loro striature si interpretarono per fibre musc. striate; in quello di Hauser esistevano fascetti muscolari striati in alcuni punti del tumore e in parte anche il sarcolemma; in quello della Kaschewarowa, dove però Klebs potè trovare alcune fibre striate muscolari che si continuavano direttamente colle fibre dell'elevatore dell'ano; e infine in quello di Wirtz, ove nella sostanza intermedia si videro dei fasci striati che dovevano corrispondere a fasci muscolari striati, quest' ultimo però non è certo.

Kolisko basandosi sui suoi tre casi e su quello di Hauser fa notare che forse negli altri casi di sarcomi delle bambine non era stata notata la natura muscolare (striature) delle cellule fusiformi, e questo carattere delle striature lo porta come differenziale dei sarcomi vaginali delle bambine da quelli delle adulte.

E in vero su 16 casi (compreso il mio) di sarcomi primitivi della vagina infantile, finora osservati, fu notata la presenza di fibre muscolari striate 5 volte; mentre su 18 delle adulte fu vista solo nel caso della Kaschewarowa, che potrebbe pure mettersi fra le bambine, avendo quella paziente appena 15 anni, mentre le altre ne hanno in media più di 30. — In certo qual modo sarebbe adunque giusto quanto asserisce Kolisko in base ai suoi casi, che cioè la presenza di fibre musc. striate

costituisce un carattere differenziale fra i sarcomi vaginali delle bambine e quelli delle adulte.

Tuttavia questo concetto di Kolisko non mi pare abbastanza fondato, perchè pur lasciando da parte i casi della Kaschewarowa e di Wirtz, nei quali non si tratta più di bambine avendo l'una 15, l'altra 17 anni; mi pare tanto semplice il mettere in rilievo, anche senza processi speciali, le fibre muscolari, che non posso credere essersi gli altri osservatori lasciata sfuggire quella particolarità istologica, quale è data dalle striature, e che subito salta alla vista non appena si osserva al microscopio. D'altra parte poi osservatori valenti quali Schuchardt, Frik, Körner pure servendosi degli stessi mezzi che Kolisko non trovarono mai quelle cellule fusiformi striate.

La presenza di fibre musc. striate non riterremo noi adunque come nota proprio caratteristica dei sarcomi primari della vagina infantile, secondo vorrebbe Kolisko; ma, accettando il suo reperto microscopico, come pure quelli degli altri tre autori, e unendoli al nostro, riterremo come un dato diagnostico in più, che colla forma poliposa a grappolo e colla struttura sarcomatosa del tumore, ci condurrà con maggior sicurezza a tale diagnosi.

E volendo aggingere altre poche considerazioni cliniche su questi rarissimi casi di rabdomiomi vaginali finora noti, salta subito all'occhio, come in nessun caso, neanche trattato colle cure più radicali, si ebbe mai guarigione, ma ad ogni operazione, rapida e più maligna di prima si riproduceva la neoplasia, la quale nel corso di pochi mesi, complicata da disturbi gravissimi nell'urinazione e disturbi generali, nessuno nella defecazione, portava la paziente in completo stato di marasma, e a morte.

Nei casi di sarcomi vaginali puri invece pare sia stata osservata qualche rara guarigione. — Benchè la prognosi sia quasi certamente infausta, pure non è bene limitarsi ad una cura palliativa, ma bisognerà sempre tentare una cura radicale, specie se la neoplasia si può cogliere al suo inizio.

Dopo tale decorso clinico sempre e rapidamente letale, quando seguì la necroscopia si trovarono presso a poco gli stessi dati riscontrati negli altri casi di sarcomi vaginali, cioè: le masse sarcomatose vaginali, polipose e grappoliformi, tendono sempre ad infiltrare la vescica, fatto osservato anche nei casi di sarcomi di Körner e di Demme ad onta della

origine loro sulla parete vaginale posteriore e laterale; facilmente vi partecipa anche l'utero; ma neanche in un caso il setto rettovaginale nè il retto furono mai attaccati; e ciò neppure nei casi che il tumore aveva sede sulla parete vaginale posteriore.

Kolisko dice che in questi tumori non si può parlare di metastasi a distanza, ma per continuità; però nel caso di Körner non si può solo parlare di continuità perchè il tumore dell'ovario dimostra una discontinuità nella propagazione del tumore. — Si può avere pure diffusione della neoformazione alle glandole linfatiche del bacino ecc., ma questi fatti potrebbero essere anche semplici ingorghi infiammatori. Il peritoneo rappresenta una barriera insormontabile a tali neoplasie; unica eccezione sarebbe data dal caso di Körner.

In quanto alla sede si può dire che, salvo qualche rara eccezione, essi sono situati in origine sulla parete anteriore, piuttosto vicino alla apertura vulvare che ai fornici.

* * *

Prima di fare qualsiasi considerazione sulla genesi delle fibre muscolari striate nei casi di sarcoma della vagina credo opportuno riportare una tabella, ove sono raccolti tutti i casi di rabdomiomi trovati nelle varie parti dell'organismo umano.

Questa tabella l'ho tolta da una recentissima pubblicazione di Wolfensberger (1), il quale porta *63* casi di rabdomiomi in parte registrati nella letteratura, in parte altrimenti a lui noti:

16 dei reni	35 degli organi del sistema urogenit.	38 del sistema urogenitale e sue vicinanze.
6 del testicolo		
6 dell'utero		
3 *della vagina*		
2 della vescica urinaria		
1 dell'ovaio		
1 dubbio se dell'utero o dell'ovaio		
1 del tessuto adiposo retroperitoneale	3 degli organi vicini al tratto urogenitale.	
1 in vicinanza dei lombi		
1 in vicinanza del bacino		

(1) « Ueber ein Rhabdomyom der Speiseröhre. » *Beiträge zur pathol. Anat. und zur Allgem. Path.*, 1894, pag. 491.

A questi aggiunge i seguenti altri casi:

2 dell'orbita
1 della parotide
1 della radice nasale
1 in vicinanza del mascellare inferiore
2 del collo
1 del mediastino
1 dell'esofago
1 della cavità craniana
5 del miocardio
1 in vicinanza del gomito
1 sulla linea epifisaria tibia o sue vicinanze.
1 del muscolo pettorale
1 della mammella
1 in corrisp. della regione ischiatica
1 in vicinanza della regione glutea.

Come si vede della vagina ne porta solo 3 casi, mentre io ne ho potuto raccogliere 5 casi certi. Quindi, contando anche il mio, sarebbero in tutto sei i rabdomiomi primitivi della vagina a tutt'oggi noti.

* * *

Prendiamo ora a studiare la genesi delle fibre muscolari striate in questi casi di rabdomiomi primitivi della vagina.

Sento il bisogno di dire subito che non è possibile accettare per tutti i casi la idea emessa da Klebs in base all'esame da lui fatto, del tumore nel caso della Kaschewarowa; che cioè le fibre musc. striate che in gran parte lo costituivano non fossero altro che una iperplasia normale del tessuto muscolare, avendo esso trovato alcune di dette fibre in continuazione con quelle dell' elevatore dell' ano. Ho detto che non è possibile accettare per tutti i casi questa spiegazione; aggiungerò che è forse da mettersi in dubbio nello stesso caso della Kaschewarowa, dove pur essendo la neoplasia vicino ai fornici s' era però originata sulla parete anteriore, e quindi abbastanza distante dall'elevatore dell'ano.

La stessa spiegazione, data da Klebs, cerca di dare Pick (l. c.) alle fibre musc. striate trovate nelle masse grosse della neoplasia, che occupavano il bacino nel suo caso di sarcoma primario dell' utero infantile, dicendo che le sezioni le quali davano simile reperto microscopico confinavano colle pareti addominali e del bacino.

Benchè non si possa negare tale reperto microscopico ad un osservatore così originale ed autorevole quale è il Klebs; tuttavia per spiegare la presenza di tali fibre striate in una regione come la parete

vaginale ove mancano affatto, invocheremo altri fatti e ipotesi che ci sembrano ben più attendibili.

La prima idea che ci viene, come la più semplice in questo studio, è di vedere se è possibile spiegare la presenza di tali fibre striate nella vagina facendole sviluppare dalle fibre liscie preesistenti in essa. Ma allora ci tocca ricorrere alla opinione di Weber (1), la quale non può essere fondata, non essendo alcuno autorizzato a dire che le fibre musc. striate fusiformi, a carattere embrionario, dei rabdomiomi, provengono da fibre muscolari liscie solo perchè sono come queste fusate; e non potendo d'altra parte alcuno passar sopra le leggi fondamentali di ereditarietà embrionaria, o di omogeneità, che governano lo sviluppo dei singoli tessuti. Non può difatti il tessuto muscolare striato svilupparsi da quello liscio perchè come sappiamo (dai Fratelli Hertwig ecc.) hanno una diversa origine embrionaria, derivando il primo dai *seguenti primitivi* che sono prodotti dal foglietto medio superiore; il secondo dal *mesenchima*.

Ci restano adunque come più probabili la teoria del Cohneihm, e quella della *metaplasia dei tessuti*.

Diremo anzitutto della prima come quella che simpatizza di più, e che si trova più alla mano anche per spiegare questi sarcomi della vagina. Secondo Kolisko difatti il sarcoma puro e il rabdomioma riconoscono la loro origine da un nucleo di tumore embrionale nel vero senso del Cohneihm.

Cohneihm colla sua teoria sull'origine dei tumori pensa che in un primo stadio di sviluppo embrionale, molto precoce, quando i foglietti germinali si differenziano, sia stato prodotto un numero di cellule maggiore di quello richiesto per la struttura della parte corrispondente, di modo che una quantità di tali cellule non viene adoperata, permane nella parte allo stato latente, determinando in quella la disposizione a svilupparsi un tumore non appena una causa determinante arriva a destare quei germi.

Nel nostro caso, come credo pure negli altri analoghi, questa teoria di Cohneihm è accettabilissima; ma bisogna ammettere che in quella

---

(1) Weber. « Sulle neoformazioni delle fibre musc. striate. » *Virchow Arch.*, XXXIX, p. 216.

vagina per un difetto nella chiusura delle vertebre primitive, fin dalla vita embrionale eranvi elementi muscolari striati, e pure fin d'allora esisteva là un mucchietto di cellule connettive formate in eccesso, e rimaste nel loro primitivo stadio di sviluppo; e, seguendo sempre tale teoria, bisogna inoltre ammettere che questi residui embrionari sieno sorti dal loro letargo contemporaneamente l'uno all'altro, essendosi trovati assieme sempre dal primo insorgere della neoplasia e in tutte le recidive, fino alla morte. Assunsero prima maggior sviluppo le fibre striate, indi quelle fusate e quelle rotonde; per finire forse, se fosse vissuta ancora la bambina, a svilupparsi esclusivamente cellule rotonde, come pare ci sia già marcata tendenza nelle ultime tre recidive, ove sono rare le fibre striate in mezzo alle grandi masse di cellule rotonde.

Come questi due differenti residui embrionari sieno rimasti nella parete vaginale è facilmente spiegabile; basta pensare al processo molto complicato che il sistema urogenitale riconosce per sua origine: ivi difatti si uniscono tutti i foglietti germinativi, dunque uno o più di uno di questi foglietti può darsi, come è facile, che cambi posto, così è reso possibile in tale sistema lo sviluppo di qualsiasi neoplasia.

Altra teoria, a prima vista non meno persuasiva, è rappresentata dalle così dette *metaplasie dei tessuti.* Al Cohneihm il Colomiatti (1), fautore della metaplasia, oppose: perchè invece che al germe neoplastico originato dal corrispondente periodo della vita embrionaria, invece che al *resto embrionario* non adoperato dal detto tessuto, non si debba piuttosto credere ad un ritorno alle *abitudini embrionarie* da parte delle cellule del tessuto ove si sviluppa il tumore.

Il Colomiatti, nel suo caso di rabdomioma dell'utero (l. c.), crede infatti che il connettivo sottomucoso per un ritorno allo *stato embrionale* abbia dato il *mixoma,* da cui poi ebbero origine le fibre musc. striate con ripetizione di intieri atti proprii della vita dell'embrione. Egli ammette questi cambiamenti perchè crede che si possano sviluppare fibre, e cellule striate, da cellule connettive di un neoplasma, dipendendo anche queste dalla stessa origine embrionaria, cioè dal foglietto medio della membrana blastodermica, e anche perchè è convinto che da un tumore,

---

(1) Colomiatti. « Contribuzione allo studio dei tumori dell'utero. » *Arch. per le scienze Mediche,* Vol. V, N. 1.

il quale si sviluppa dagli elementi del connettivo propriamente detto vi ha la possibilità della produzione di tutti i tessuti che dipendono da quel medesimo foglietto embrionale, dal quale si origina il connettivo stesso. In una parola adunque il Colomiatti opina che le fibre muscolari e le cellule striate dei rabdomiomi si sviluppano anche da elementi di tumore a base di tessuto connettivo, e nel suo caso dagli elementi del mixoma.

Il Kolessnikow (1) già prima del Colomiatti, nel suo caso di rabdomioma melanode con metastasi multiple (ano, pene, coscia, polmoni ecc.) in un cavallo di 20 anni, venne alle seguenti conclusioni: lo sviluppo e l'accrescimento del rabdomioma si fa anche per iperplasia di cellule di granulazione, indifferenti, provenienti in parte dalla proliferazione dell'endotelio vasale e del tessuto connettivo; in parte dalla diapedesi dei leucotici.

Dello stesso parere del Colamiatti è pure G. Cattani (2) che nel suo rabdomioma dell'urocisti fa derivare le fibre striate dalle cellule rotonde del tessuto mucoso del tumore. — La stessa opinione professa Pfannesteil per i rabdomiosarcomi della vagina, spiegando quelle forme eterologhe come prodotti di emigrazione di giovani elementi di tessuti.

Nello stesso modo che si è potuto osservare un tessuto di passaggio fra il connettivo giovane e la cartilagine, così si può in tutti i casi di sarcoma vaginale, dove sono fasci muscolari striati, trovare tutte le forme di passaggio dalle semplici cellule fusate alle fibre muscolari semplici e da queste alle striate. E questo fatto risalta pure nei miei preparati, ed io l'ho già notato, senza fare apprezzamenti di sorta, quando mi dilungavo sulla descrizione istologica dei pezzi anatomici esportati.

Bisogna infine per quanto riguarda la teoria della metaplasia ricordare come Virchow ritenga il tessuto connettivo coi suoi elementi come il principale, dal quale possa prodursi patologicamente elementi connettivali ed epiteliali. Abbiamo già visto invece come altri ritengono, per la differenziazione embriologica dei foglietti germinativi, che anche le neoplasie e gli altri prodotti patologici in genere, come pure i prodotti

---

(1) *Virchow's Arch.*, LXVIII.

(2) « Rabdomioma mixomatoso dell'urocisti. » *Arch. per le scienze Med.*, Vol. VII, p. 45.

dello sviluppo normale debbono seguire la legge della omologia di sviluppo, la legge della specificità. Passaggi, metaplasie vere e proprie si avrebbero solo fra tessuti vicini; così fra i tessuti di sostanza connettiva (cartilagine-connettivo, osso). Questa questione adunque della patologia generale è ancora oscura.

Per finire in modo più possibilmente completo, queste considerazioni sulla genesi dei sarcomi vaginali, mi resta ancora a ricordare come Amann aveva osservato l'origine degli elementi sarcomatosi talora da cellule migranti, talora dall'avventizia dei vasi; e che secondo Pfannensteil si dovrebbe cercare l'origine delle cellule sarcomatose nell'endotelio dei capillari linfatici, avendola egli ivi trovata esclusivamente. Abbiamo già visto inoltre che Kolessnikow faceva sviluppare il suo rabdomioma in parte anche da proliferazione dell'endotelio vasale. Ma se così fosse veramente si dovrebbe trovare intorno ai vasi una più grande aggregazione delle cellule del tumore.

Nel nostro caso invece si ha tutto contro all'origine delle cellule sarcomatose secondo Amann, Pfannensteil, e Kolessnikow, essendo rarissimi gli elementi sarcomatosi nei vasi; non presentando questi spiccati atti di proliferazione; e non trovandosi detti elementi sarcomatosi in grandi agglomerazioni attorno ad essi; che anzi i vasi, abbiamo visto, sono come separati dalla neoplasia per mezzo di anelli larghi e chiari per edema.

* * *

Benchè fuori luogo, mi pare tuttavia doveroso toccare qui una questione di patologia generale, avendo io potuto portare ad essa un piccolo contributo coll'esame accurato delle fibre muscolari striate del tumore da me preso in considerazione.

Sappiamo come sulla conoscenza dello sviluppo delle fibre muscolari striate sia tuttora *sub iudice* la questione: *se i nuclei di dette fibre si moltiplicano per scissione diretta o per scissione indiretta.* È una questione di attualità essendo ancora ultimamente stata studiata e risolta con risultati del tutto contrari nel laboratorio di Bizzozero e nel laboratorio di Lustig; e appunto perciò intendo dissertare un poco in questa memoria (che pure ha impronta anatomo-patologica) riassumendo i dati

principali della questione, per dire poi quanto si può dedurre in proposito dall' esame delle fibre striate del nostro tumore.

In principio la fibra muscolare striata si faceva originare dalla fusione di parecchie cellule poste in fila.

Venne poi Kölliker il quale disse che ogni fibra muscolare proviene da una sola cellula fusata, nucleata, che nell'ulteriore sviluppo si allunga, mentre il nucleo si moltiplica con *processo cariocinetico,* facilmente visibile nelle fibre muscolari delle larve di Siredon; aggiunse inoltre che nel periodo post-embrionale le fibre muscolari si possono moltiplicare per mezzo di fenditure, che si verificano nel loro asse longitudinale (Weissmann, Felix).

Senza discussione fu accettata l'idea di Kölliker, anche per analogia con ciò che succede negli altri tessuti; ma ora vedremo come in seguito essa fu negata, e come poi, nell' ultimo lavoro in proposito a me noto, si sia cercato di farla risorgere.

Difatti Mingazzini (1) trovò moltiplicazione cariocinetica dei nuclei soltanto nei miomeri primitivi di piccole torpedini lunghe 1 cm. Ma a 5-8 cm. di lunghezza trovò lunghesso le fibre degli ingrossamenti, con striatura trasversale poco o niente manifesta, distinta invece la longitudinale, i quali contenevano nuclei quadrangolari di varia forma. Questi ingrossamenti, numerosissimi nello stadio embrionale, pochi nell'adulto, furono ritenuti come punti di accrescimento in lunghezza delle fibre. Il resto di quelle fibre era più sottile, di diametro uniforme, con striature longitudinali poco appariscenti, assai distinte le trasverse.

E neppure dalle ricerche di Felix (2) venne confermata in alcun modo la teoria di Kölliker sulla moltiplicazione cariocinetica dei nuclei muscolari.

Calderara (3) infine la nega recisamente dal momento in cui la fibra muscolare si presenta come alcunchè di morfologicamente differenziato, e nelle sue osservazioni non ha potuto neanche constatare la moltiplicazione cellulare per scissione diretta. Egli allora pensa che la fibra muscolare o già fin dalla sua prima formazione embrionale contiene in

---

(1) *Anatom. Anzeiger,* 1889.

(2) *Zeitschrift für Zoologie,* Bd. XLVIII.

(3) *Arch. per le Scienze Med.,* XVII, 1893.

sè l'uno accanto all'altro ed appena abbozzati tutti i suoi nuclei, che poi andrebbero allontanandosi e aumentando di volume; oppure in essa avviene una moltiplicazione cellulare, secondo qualche processo speciale, diverso dai due sopra accennati. A quest'ultima ipotesi si attiene il Calderara, senza potersi spiegare colle sue osservazioni (muscoli di embrioni di conigli e di rana agilis) in che consista sostanzialmente questo speciale processo di divisione nucleare.

Corrispondentemente a questa presunta moltiplicazione il Calderara trova nelle fibre musc. delle figure simili a quelle descritte dal Mingazzini nelle torpedini, che rilevano una speciale attività nucleare, e tali figure trovate da questi due autori negli embrioni osservati, constano di tratti di fibre (intercalati in fibre normali) contenenti numerosissimi nuclei. Questi tratti di fibre sono molto ingrossati, e i nuclei hanno forma varia e irregolare, colorati più intensamente dei nuclei normali, disposti coll'asse maggiore nel senso trasversale, schiacciati gli uni contro gli altri, alcuni incuneatisi in quelli sovrapposti.

Per ultimo il Galeotti (1) sperimentando sulle salamandre e sui rospi trovò che le fibre muscolari vecchie tagliate cadono in degenerazione, solo i nuclei restano integri e ricostituiscono le nuove fibre, circondandosi di protoplasma granuloso, che dà loro l'aspetto di cellule muscolari dell'embrione; queste perciò possono essere chiamati sarcoblasti. Trovò inoltre il Galeotti che i nuclei di questi sarcoblasti, certamente non differenziati o con sole striature longitudinali, si moltiplicano in numero mediante divisione cariocinetica.

La questione adunque come ho detto in principio è vivamente dibattuta, e non si può ancora pensare quale dei due processi sia da accettarsi come vero. Pertanto senza servirmi di embrioni di animali e senza la pretesa di voler risolvere in modo definitivo la questione, ma solo come tenue contributo a ciò che riguarda le fibre musc. striate umane, io posso portare, simili alle figure del Mingazzini e del Calderara, delle fibre muscolari umane, che in quantità ho trovato nel mio tumore, nei loro più differenti stadi di sviluppo. Dal momento infatti in cui la cellula per differenziamento del suo protoplasma (fibrillatosi)

---

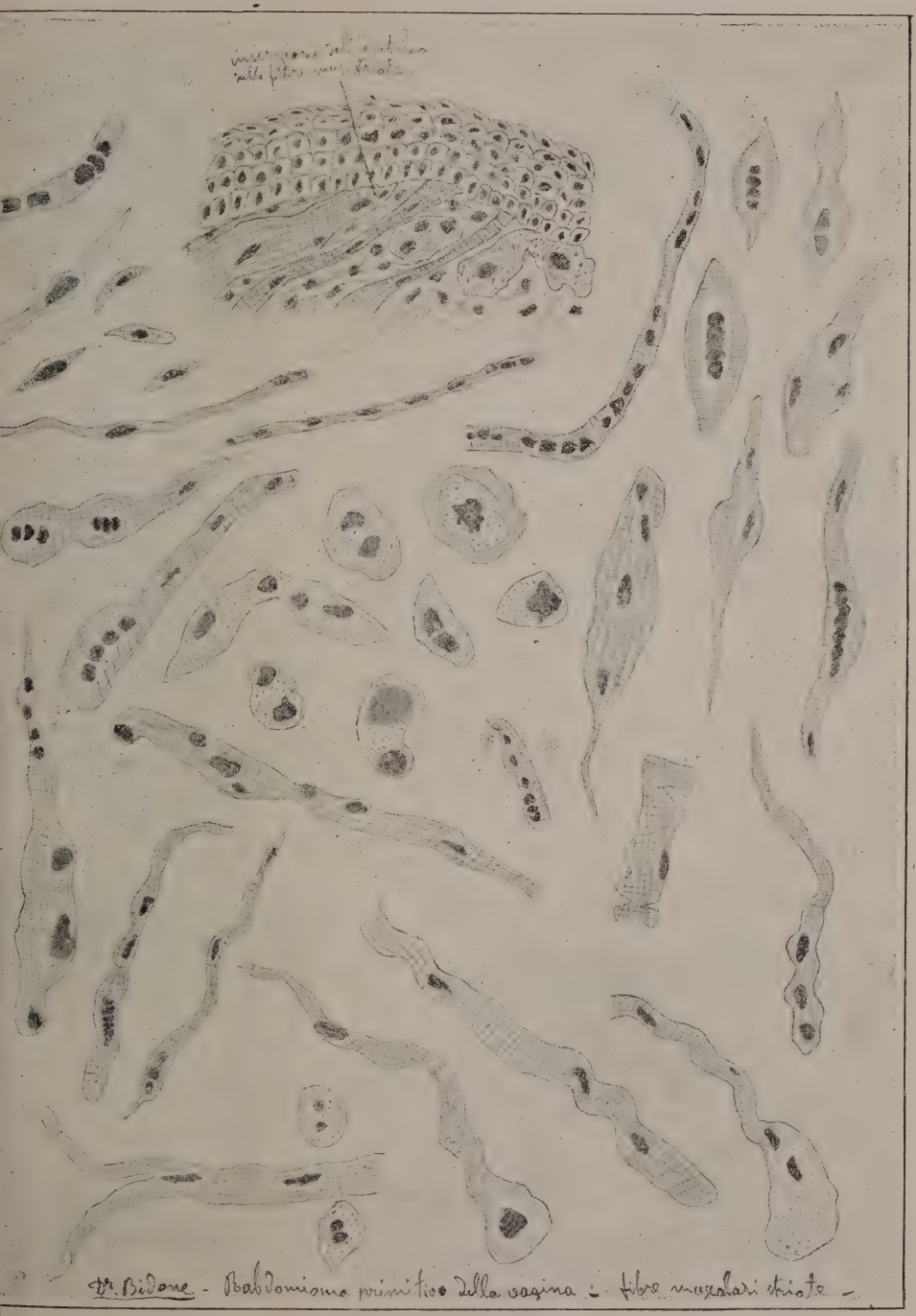
(1) *Sperimentale*, 1893, Seduta di Luglio all'Accad. Med. di Firenze.

non è più allo stato embrionale, ma ha l'aspetto di fibra (sarcoblasta), fino al suo completo sviluppo di fibra muscolare striata adulta, ho potuto osservare nei miei preparati una infinità di figure intermedie; e in molti rigonfiamenti parziali di queste (simili a quelli del Mingazzini e del Calderara) ho potuto constatare che i numerosi nuclei venivano formandosi man mano per scissione diretta, avendo più volte sorpreso in atto alcune speciali forme nucleari, stando alle quali mi pare impossibile negare tale processo di divisione.

D'altra parte poi non mi è mai occorso di vedere delle forme cariocinetiche nelle numerosissime sezioni esaminate; devo però far notare che i liquidi fissativi usati non erano i più adatti.

* * *

Questo interessante caso di rabdomioma primario della vagina coi relativi pezzi anatomici venne a me ceduto dal prof. Bajardi; l'esame di detti pezzi praticai nel laboratorio dell'Istituto Ostetrico-Ginec. di Firenze, diretto dal prof. Pestalozza. A questi miei egregi maestri, con animo grato, porgo vivi ringraziamenti e per la gentilezza usatami e pei consigli di cui mi furono larghi.



Dr. Bidone - Rabdomioma primitivo della vagina - fibre muscolari striate -

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
2 MAY 95
LIBRARY

Prof. L. MANGIAGALLI

LA MIA OPERA LAPAROTOMICA

PROLUSIONE AL CORSO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
NELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
(8 Marzo 1895).

Illustri Colleghi, Giovani egregi,

È con grande trepidanza e quasi con un senso di sgomento che io salgo su questa cattedra dalla quale insegnarono in questo secolo Bongiovanni e Lovati, Porro e Cuzzi, che io prendo a dirigere una clinica dalla quale si diffuse tanta copia di pratici ammaestramenti, che io accetto l'onore altissimo e con esso il pondo gravissimo di continuare una Scuola che ha tradizioni così illustri. Di qui, per opera di Bongiovanni e Lovati si estendeva a tutta Italia il parto prematuro artificiale nelle ristrettezze pelviche, benefica e razionale operazione che invano oggidì vorrebbe eliminarsi dall'arte ostetrica dando veste più scientifica ai vaneggiamenti di Sacombe del secolo passato. Di qui, lampo di vera genialità, l'amputazione cesarea utero-ovarica che prende il nome da Porro, si diffondeva rapidamente in tutto il mondo; qui infine il prof. Cuzzi, quella pensosa figura di dotto e di scienziato, che noi tutti rievochiamo in questo momento coll'animo mesto e conturbato, dettava per oltre due lustri lezioni di ostetricia e ginecologia con sì grande copia di dottrina, con sì grande conoscenza di ogni parte dello scibile ostetrico e ginecologico, con associazione così mirabile di scienza e di esperienza da fare di questa Scuola uno dei centri più autorevoli e fecondi di insegnamento scientifico e pratico, un vero semenzaio di valorosi cultori

delle discipline ostetriche e ginecologiche, alcuni dei quali hanno già toccato la nobile meta ed altri sono degni di raggiungerla. Di lui vorrei qui dire come l'animo detta, e parlare de' suoi scritti, delle sue opere, e trarlo fuori da queste vivo e palpitante, e indicare la parte grande che ebbe nella storia dell'ostetricia italiana di questi ultimi tempi se altri, che più di me ne ha diritto, perchè da lui attinse l'amore della scienza, della ricerca, del vero, già non avesse assunto tale còmpito gradito. E in questo momento, alla mia mente che, riverente e commossa, s'inchina dinanzi alla tomba che così precocemente si schiuse dinnanzi a lui, concedete di evocare un'altra geniale figura, la figura del mio infelice maestro, del prof. Chiara, il quale, più sventurato ancora, fu tolto alla scienza prima che alla vita. A lui concedete che io volga pure il mio pensiero mesto ed affettuoso in questa solenne circostanza, a lui che io vorrei qui presente ad incoraggiare il suo prediletto discepolo nell'ardua impresa a cui si accinge. Ed arduo è veramente il mio compito, e per l'alto valore di coloro che mi precedettero e che io devo propormi di emulare e per la estensione della scienza che io devo insegnare. Poichè, mentre da una parte l'ostetricia è andata trasformandosi quasi in una scienza esatta per la conoscenza completa della pelvi, pel rigore con cui è stato studiato il meccanismo del parto, per la revisione scientifica di tutta l'anatomia ostetrica, per il perfezionamento dei metodi diagnostici, per la precisione delle indicazioni operatorie, dall'altra parte è divenuta quasi una scienza nuova per lo studio profondo della patologia gravidica, della influenza reciproca che fra loro esercitano gravidanza, parto e malattia, nonchè per il notevole contributo che a tutta la patologia ha recato colle ricerche fatte nel campo della patologia puerperale, per cui mentre prima l'ostetricia poteva chiamarsi una scienza e quasi un'arte meccanica, ora non potrebbe essere coltivata con successo che da chi è riccamente fornito di cognizioni fisiologiche e patologiche.

Aggiungete che a fianco dell'ostetricia si è assisa trionfalmente la sua giovane e fiorente sorella, la ginecologia, e non troverete certo soverchia la mia trepidanza nell'accogliere l'invito altamente onorevole, ma non ambito nè sollecitato, di questa illustre Facoltà, che mi ha designato per un insegnamento così vasto ed importante. E non è solo con trepidanza ma con emozione profonda che io inizio il mio insegnamento qui in questa Università, ove fui a mia volta discepolo e dove mi vedo

circondato ancora in gran parte da colleghi che qui furono miei maestri e ai quali mi lega imperitura riconoscenza per gli ammaestramenti avuti. E quando mi venne da questa illustre Facoltà medica la proposta di succedere al compianto prof. Cuzzi, quelle riluttanze a rientrare nell'insegnamento che erano riuscite vittoriose quando eguale lusinghiera offerta ebbi ufficiosamente da altre Facoltà del Regno, caddero ora dinanzi al vostro invito, dinanzi alla voce che mi veniva dalla città e dalla Università che mi fu patria intellettuale. Tale voce accolsi con trepidanza ma altresì con quella fede nel successo che mi viene dal proposito deliberato di adempiere con coscienza al mio dovere. Non nuovo alla vita universitaria, vi rientro ora col tesoro di una grande esperienza, che sarò ben lieto, Egregi giovani, di spendere in vostro favore onde rendere più facile il compito che vi aspetta, quando deposta la gioconda veste dello studente, vi affaccierete bentosto pensosi ai gravi problemi della vita e dell'umanità. Oggi appunto in questa solenne introduzione ai nostri studii e al nostro comune lavoro, desidero intrattenervi della mia esperienza nella chirurgia laparotomica, la quale ebbe dai ginecologi vita ed impulso.

Ho praticato fino al 1.° Marzo di quest'anno 653 laparotomie e comprendo nella mia statistica tutte le operazioni da me fatte in ogni circostanza, in ogni tempo e luogo, perchè non intendo che a me si applichi il detto di quel gastromista che selezionando la propria statistica, diceva: « i miei primi casi non li conto perchè con essi faceva il mio noviziato. » In tale statistica sono pure incluse tutte le operazioni fatte per via vaginale quando si prefiggevano gli scopi ordinarii della laparotomia classica, l'ablazione cioè dell'utero o degli annessi, l'estrazione di prodotti di gravidanza ectopica, l'esportazione di piccoli tumori ovarici, ecc. Certo la parola laparotomia è impropria per questi casi come per i casi nei quali si penetra nel ventre attraverso le pareti addominali anteriori incise sulla linea mediana, certo abbiamo una parola corretta e fatta secondo le leggi classiche della formazione dei nomi che sarebbe quindi più appropriata, quella di « celiotomia » creata da Harris di Filadelfia. Ma, oltrechè questa difficilmente potrebbe essere universalmente accettata nel nostro paese perchè si presterebbe a umoristiche interpretazioni, la legge tirannica dell'uso divinamente espressa dal poeta Venosino invita a non scostarci dalla consuetudine ormai invalsa e perciò continuerò a servirmi della espressione condannata dai classici ma

consacrata dall'uso. Le laparotomie da me eseguite si possono dividere in tre gruppi:

a) Laparotomie per indicazioni di chirurgia generale.

b) Laparotomie per indicazioni ostetriche.

c) Laparotomie per indicazioni ginecologiche.

Il primo gruppo comprende 16 casi e si riferisce a laparotomie fatte per affezioni dell'omento, dell'intestino, dei reni, della milza, ecc. e di esse non intendo, non devo farvi parola, appartenendo alla chirurgia addominale generale.

Il secondo gruppo, o gruppo ostetrico, comprende 19 casi così divisi:

N. 9 tagli cesarei con amputazione utero-ovarica di cui:

4	per	stenosi pelvica	4 guarite
1	»	fibromi	1 »
1	»	carcinoma	1 morta
1	»	cicatrici consecutive ad esportazione di cancro del collo	1 guarita
1	»	cisti infralegamentaria suppurata, con grave setticemia già in corso . .	1 morta
1	»	gravidanza in corno impervio di utero bicorne	1 guarita

N. 9 laparotomie per gravidanze extrauterine con sette guarigioni.

N. 1 laparotomia per rottura d'utero con morte.

In questo caso veramente tragico, attraverso la breccia uterina gran parte del colon discendente e dell'S iliaca quasi strappati da mani inesperte dai loro attacchi naturali, erano prolabenti ed irriducibili fuori della vulva da parecchie ore. In tali condizioni l'ammalata venne portata quasi morente all'ospedale. Aprii il ventre d'urgenza, lo detersi del liquido in esso contenuto, e previa riduzione dall'alto dell'intestino prolabente, praticai l'esportazione dell'utero squarciato e suturai il mesocolon strappato. L'ammalata soccombeva in 4.ª giornata alla setticemia già in corso.

Al terzo gruppo, o gruppo ginecologico, appartengono 618 casi. Non ne desumete che io sia facile agli interventi laparotomici. Nessuno è più di me avversario reciso della *prurigo secandi* dei nostri giorni, di questa mania operatoria per la quale pare non si miri che a fare delle

statistiche brillanti e per cui tutti i meravigliosi progressi dell'arte chirurgica, le conquiste dell'antisepsi e della emostasi, l'abilità stessa del chirurgo sono divenuti il pretesto di inutili mutilazioni. Stava appena per chiudersi il capitolo degli abusi della castrazione che un altro è ricominciato degli abusi della isterectomia per cui metriti, endometriti croniche, *uteri dolenti,* diventano facili indicazioni di questa. Parrebbe che molti abbiano scritto sulla loro bandiera il rovescio dell'aurea sentenza di Baglivi: *multa scire, pauca agere.* La chirurgia addominale è una gloria, forse la gloria massima della chirurgia moderna, ma non facciamone una pratica, una pratica alla moda e ricordiamoci del detto di Ippocrate: « là dove è l'amore degli uomini è pure l'amore dell'arte. » E a questo amore dell' umanità e dell' arte ho la coscienza di essermi inspirato nella mia pratica laparotomica. Valga a dimostrarlo l'analisi delle indicazioni operatorie. Si eseguì la laparotomia:

1. Per tumori ovarici o para-ovarici, solidi o cistici, benigni o maligni, per tumori infralegamentarii, N. 172 con 16 morti.
2. Per fibromi dell'utero, N. 142 con 23 morti.
3. Per tumori maligni dell'utero, N. 108 con 14 morti.
4. Per affezioni suppurative degli annessi, N. 35 con 3 morti.
5. Per affezioni infiammatorie non suppurate degli annessi, N. 50 con 3 morti.
6. Per ematocele, N. 8 con 1 morte.
7. Per tubercolosi delle ovaie, delle trombe, del peritoneo, N. 23 con 2 morti.
8. Per peritoniti suppurate o settiche, N. 18 con 2 morti.
9. Per spostamenti dell'utero o delle ovaie, N. 45 con 2 morti.
10. Per forme nervose in rapporto con affezioni degli organi genitali, N. 5 con 0 morti.
11. Per tumori delle pareti, N. 2 con 0 morti.
12. Ernie post-operatorie, N. 7 con 0 morti.
13. N. 3 laparotomie rimaste esplorative con 0 morti.

I neoplasmi rappresentano quindi il 68. 63 0[0 e le alterazioni tubercolari, settiche e suppurative del peritoneo e degli annessi il 12. 45 delle indicazioni dell'intervento laparotomico, per cui le indicazioni gravi di intervento raggiungono l'80 0[0. Confrontate questa statistica con molte statistiche recenti e nostrane e forastiere e vedrete quanto io vada a rilento nel porre l'indicazione della laparotomia. Nella mia statistica figurano invero 50 laparotomie per affezioni non suppurative degli annessi e 45 per spostamenti uterini, ma il numero accennato vi parrà

straordinariamente esiguo quando rifletterete che nel periodo di sei anni io ho osservato soltanto nell'Ospedale 579 casi di affezioni degli annessi e 626 spostamenti uterini, e fra le operate per spostamenti uterini sono compresi 20 casi di isterectomia per voluminosi prolassi più o meno complicati.

L'esame delle singole classi in cui ho diviso la statistica ginecologica dimostra altresì un notevole predominio dei casi gravi. Così nella classe dei tumori ovarici, ommettendo i numerosi casi di torsione del peduncolo, di altre complicanze, aderenze estese, ecc., noto 30 casi di tumori maligni, 21 casi di tumori a sviluppo infralegamentario, 19 casi in cui avevasi suppurazione della cisti, 8 casi con peritonite diffusa, dei quali 4 provocati da rottura delle cisti.

Egli è che nel comparto ospitaliero da me diretto, si faceva ormai una selezione in senso inverso e vi affluivano i casi più difficili, i casi più gravi. Ma come il chirurgo deve rifuggire dall'operare per il facile vanto di presentare brillanti statistiche, deve essere per contro baldo ed audace, quando altrimenti perduta per l'ammalata ogni speranza di salvezza, questa è riposta nell'intervento chirurgico che noi non dobbiamo mai rifiutare in simili condizioni, anche quando l'atto operativo non promette presumibilmente nè il trionfo nè il plauso del pubblico.

Operando con tali criteri non si avranno statistiche brillanti, ma si serve meglio agli interessi dell'arte, dell'umanità, della scienza. La mortalità complessiva nella grande statistica ginecologica presentatavi è del 10. 67 0[0. Essa rappresenta però la mortalità brutta, senza selezione, vi sono compresi i casi operati in ogni circostanza di tempo e di luogo, i casi disperati, i casi operati in *articulo mortis*, i casi in cui in nessun modo la morte poteva attribuirsi all'intervento operatorio. Ma nell'ora che volge in cui coi più fini accorgimenti, col ragionare più sottile si cerca di selezionare le statistiche, quando pure non si trascurino gli esiti letali, è preferibile la rude sincerità, la nuda verità. A dimostrare poi quanto sieno fallaci le conclusioni tratte da statistiche poco numerose, aggiungerò che dividendo la mia statistica generale laparotomica per ogni indicazione in centurie, come si suol fare, la mortalità offre notevoli oscillazioni per ciascuna di esse. Così mentre essa fu del 19 0[0 nella 1.ª centuria, lo fu del 4 0[0 nella 4.ª, risale al 15 0[0 nella 6.ª, mentre sarebbe del 3. 5 nei 53 casi operati della 7.ª centuria.

Notate un fatto. Di sì grande numero di laparotomie per indicazioni ginecologiche, nessuna rimase incompleta ed è ventura poichè la mortalità più elevata è data appunto dalle operazioni incomplete, avendo essa raggiunto il 50 0[0 nelle mani abilissime di Lawson-Tait. Tre rimasero esplorative. Una riguarda un caso di sarcoma ovarico nel quale l'apertura del ventre dimostrò una notevole diffusione al peritoneo e specialmente all'intestino: l'ammalata guarì dell'intervento operatorio. La seconda ammalata più fortunata guarì della operazione e dei sintomi che minacciavano la sua esistenza. Essa aveva da mesi febbre altissima, ittero intenso e l'esame addominale rilevava l'esistenza di un tumore solido di origine uterina, a sviluppo infralegamentario. Le più svariate cure erano riuscite infruttuose, l'ammalata era agli estremi. Eravi un nesso tra i fatti accennati? Decisa l'incisione esplorativa del ventre, la mano riesce a svuotare meccanicamente la cistifellea enormemente distesa, il tumore è rispettato, ittero e febbre scompaiono come per incanto, le condizioni dell'ammalata migliorano rapidamente ed il miglioramento si conservava un anno più tardi. Questo caso è notevole per un incidente che qui riferisco, perchè osservato una sol volta nella mia pratica laparotomica. In 14.ª giornata sotto un colpo di forte sternuto si ebbe deiscenza secondaria della ferita addominale con fuoriuscita delle anse intestinali: ridotte queste dall'assistente dott. Decio e nuovamente suturata la ferita, il decorso successivo fu perfettamente normale. Il terzo caso fu meno fortunato. Trattavasi di una forma probabilmente tubercolare che aveva tenacemente conglomerato organi addominali e pelvici. Ogni tentativo di disbrigare l'aggrovigliata matassa riuscì infruttuoso e si ebbe anzi una lesione intestinale, per cui, quantunque questa venisse suturata, rimase residua una fistola enterica (1). A proposito di questi casi di laparotomia esplorativa permettetemi che io esponga il concetto che a me pare convenga avere della laparotomia esplorativa e del posto che essa deve occupare nella chirurgia addominale. Non lasciatevi sedurre soverchiamente dalla sua pretesa innocenza, nè dall'idea che con essa sia facile superare le difficoltà che si oppongono ad un preciso diagnostico. Le incisioni esplorative non sono senza pericolo, come troppo facilmente si

(1) Si chiuse poi spontaneamente.

scrive. Così Carillan sopra 167 incisioni esploratrici trova 35 morti e la statistica di Terillon dà il 22 O[O di mortalità. Non bisogna dimenticare che, aperto il ventre, non è possibile rischiarare molte volte il diagnostico senza distaccare aderenze, senza isolare organi o sacche cistiche e marciose, senza eventuali punture esplorative, senza manovre insomma che da sole possono compromettere il risultato finale se si lascia poi l'operazione incompleta. In tali casi la massima delicatezza di manovre è indispensabile ed è prezioso il rapido intuito del chirurgo ed il facile suo orientamento. Non dobbiamo convertire leggermente la incisione esplorativa in una incisione operatoria se non abbiamo la convinzione di poter portare l'operazione a termine, ed è qui dove spiccano le qualità personali del chirurgo che sarà a norma delle circostanze sapientemente audace o pensatamente prudente. Introdotta verso la metà di questo secolo allo scopo di superare le difficoltà diagnostiche delle affezioni addominali venne fatto tale abuso della laparotomia esplorativa da giustificare ampiamente gli strali a cui venne fatta segno da medici e chirurghi. Ora come allora incombe l'obbligo al chirurgo di esaurire ogni suo mezzo per fare un diagnostico preciso e io sono dell'avviso che una laparotomia esplorativa non debba essere fatta che in condizioni eccezionali e quando abbiamo fondata speranza di completare l'operazione qualunque sia la sorpresa che ci vien riservata. E mi spiego. Il numero delle laparotomie esplorative deve andare necessariamente diminuendo e ciò non tanto in ragione del perfezionamento dei nostri mezzi diagnostici, quanto per l'immenso progresso della tecnica chirurgica che ci permette di affrontare con felice successo difficoltà che un tempo parevano insuperabili. Nei tempi da poco trascorsi, quando ad un dato concetto diagnostico corrispondeva una controindicazione operatoria, si comprende come dovessero essere frequenti. Quando le aderenze estese dei tumori ovarici, lo sviluppo infralegamentario di questi costituivano altrettante controindicazioni della ovariotomia, quando i fibromi uterini si consideravano inoperabili, quando le affezioni suppurative degli annessi non si supponevano suscettibili di intervento radicale, si comprende come si aprisse il ventre per esplorarlo e si chiudesse ogni volta che si trovava una delle condizioni accennate. Oggidì che il chirurgo è ugualmente armato contro ognuna delle ipotesi accennate, sarebbe assurdo l'aprire il ventre per vedere se si tratti di un fibroma piuttosto che di una cisti, di una cisti anzichè di un piosalpinge.

L'apertura esplorativa del ventre può nondimeno avere le sue speciali indicazioni, di cui due mi occorsero con relativa frequenza. Abbiamo un' ascite, possiamo eliminare che essa sia in rapporto con un' affezione del cuore, dei reni, del fegato, essa è indubbiamente di origine peritoneale, ma la sua genesi ci sfugge onninamente; quivi l'incisione esplorativa ha vasto campo di azione e ci riserba qualche volta insperati successi, permettendoci per esempio di estirpare piccoli papillomi ovarici associati a notevole ascite, ovvero di guarire forme tubercolari. Ovvero vengono portate in clinica o all'ospedale donne in condizioni disperate pressochè morenti. Le notizie anamnestiche sono scarse e contradditorie o mancanti, l'esame rapido ci permette solo di affermare che risiede nel ventre la causa dei gravi sintomi osservati, collasso, anemia acuta, la donna se ne muore, un rapido intervento può solo svelare la causa e forse salvare una esistenza. In simili casi non si deve esitare, bisogna intervenire. Ricordo con compiacenza due donne in condizioni disperate così salvate: nell' una si trattava di una cisti ovarica rottasi in puerperio, pare in conseguenza di trauma, nell'altra di emorragia da rottura di sacco di gravidanza extrauterina.

Concedetemi di proseguire in questa disamina a grandi tratti delle questioni generali che si riferiscono alla chirurgia laparotomica. Riguardo alla narcosi mi sono sempre servito del cloroformio, facendola precedere da iniezione ipodermica morfio-atropinica, nè sono per ora disposto ad abbandonarlo. Su parecchie migliaia di narcosi cloroformiche ho avuto un caso di morte, l'unico da me osservato in venti anni di svariato ed esteso esercizio professionale e nelle quattro cliniche attraverso cui sono passato. La questione sempre viva fra etere e cloroformio mi pare ancora lontana dall' essere definitivamente risolta, malgrado le calde perorazioni della scuola Lionese e le statistiche di Gurlt, dalla quale parrebbe dimostrato che l'etere è meno pericoloso del cloroformio. Il Mikulicz anzi recentemente si eleva contro l'interpretazione data sinora alle statistiche e valutando le conseguenze tardive della eterizzazione di gran lunga peggiori di quelle del cloroformio, questo appare meno nocivo dell'etere, il quale darebbe un caso di morte ogni 1167 narcosi, anzichè 1 sopra 13000 come nella statistica di Gurlt.

Qui cade in acconcio ch'io m' intrattenga di due controindicazioni ammesse da molti ginecologi all'intervento laparotomico sia per sè stesso,

sia perchè richiede la narcosi, i vizii cardiaci valvolari e l'età inoltrata. Quando si pensa all'influenza che sul cuore e sulla pressione sanguigna esercitano non solo il cloroformio ma tutte le operazioni laparotomiche in genere, quando si pensa ai riflessi che durante il nostro intervento possono perturbare l'azione cardiaca, quando si hanno presenti gli esperimenti di Goltz, di Gutsch, di Bernstein, quando si rifletta che secondo le esperienze di Jastreboff ogni momento delle operazioni laparotomiche, il taglio delle pareti addominali, l'incisione del peritoneo, l'introduzione di spugne nel cavo peritoneale, l'apposizione di legature sull'ovaio e sull'utero, la loro incisione od ablazione col coltello, col termo- o galvano-cauterio è accompagnato da un aumento della pressione sanguigna, si comprende come molti sieno riluttanti a compiere operazioni laparotomiche su persone affette da vizii valvolari. La mia esperienza suona però decisamente favorevole a simile intervento, quando non ci sieno fatti asistolici. Ho operato nove laparotomie su donne affette da vizii valvolari, delle quali sette per fibromi, una per metro-carcinoma, tutte guarite, una per prolasso completo utero-vaginale, nel qual caso si praticò l'isterectomia totale vaginale e si ebbe l'esito letale indipendentemente dal vizio cardiaco. In sei casi si aveva insufficienza, in tre casi insufficienza e stenosi della mitrale. Ha richiamato la mia attenzione la straordinaria frequenza con cui i vizii di cuore si associano a fibromi uterini, indipendentemente da ogni altro fattore genetico di cardiopatia. Quale sia il nesso tra questa e quelli, se questa ne sia l'effetto o possa esserne la causa, non è qui il luogo d'indagare.

I risultati delle laparotomie su donne attempate furono poi straordinariamente favorevoli, talchè io mi domando se nell'età attempata non vi siano circostanze peculiari che controbilancino quelle evidentemente sfavorevoli cardio-vascolari, ad esempio un certo grado d'immunità contro i microorganismi piogeni. Per ora mi limito a indicare i risultati ottenuti. Nel comparto che ho avuto l'onore di dirigere per sei anni, le cosidette *nonne* in causa della loro età, sono in antecedenza considerate come sicure della guarigione. Non posso nascondermi come la questione sia un po' vaga, poichè è molto difficile rispondere alla domanda: quando si è vecchi? Il limite è così arbitrario che non è possibile il fissarlo, poichè è noto che vi sono uomini e donne più giovani della loro età ed altri vecchi prima del tempo. Halle fa incominciare la vecchiaia a 60

anni, ma ha avuto la cura di dividerla in una *prima vecchiaia* che spinge fino ai 70 e in una *seconda* che verrebbe dopo. Lasciando questa disquisizione, poichè è certo che data una indicazione di necessità, l'età non deve menomamente controindicare una operazione laparotomica, il Paget con quel sano criterio pratico che lo contraddistingue, nelle sue lezioni cliniche, divide i vecchi in parecchie categorie a norma dei loro caratteri organici e formula conseguentemente il pronostico. Per conto mio, lo ripeto, i risultati furono splendidi. Così di 14 donne operate, 12 di ovariotomia per tumori ovarici più o meno complicati, 2 di isterectomia per carcinoma, dai 60 ai 75 anni, ebbi quattordici guarigioni.

Riguardo al materiale di sutura mi sono servito sempre della seta, che da tre anni disinfetto colla bollitura nelle soluzioni acquose feniche al 5 0[0 e conservo nelle soluzioni di sublimato al 2 0[00 in alcool assoluto, rinnovando le soluzioni di tanto in tanto ed ovviando così all'inconveniente che deriva dal potere riducente delle fibre dei tessuti di origine animale sul bicloruro d'idrargirio, come fu recentemente dimostrato da Sclavo e Manuelli. Sopra un così urgente numero di laparotomie non ho avuto che undici casi di suppurazione del tragitto dei fili, divisi in due gruppi, di cui l'ultimo risale al 1892; in quattro casi si trattava di affezione suppurativa, per cui è probabile che i fili si fossero inquinati in modo secondario. I tubi di drenaggio in caoutchouck, i lacci elastici, previamente disinfettati, vengono immersi e conservati nelle soluzioni di acido fenico, al 10 0[0, in glicerina sterilizzata: spugne, flanelle, compresse, disinfettate colla bollitura in soluzione acquosa di acido fenico al 5 0[0 e conservate poi in soluzioni allo stesso titolo, vengono spremute e lavate, al momento di essere adoperate, in acqua sterilizzata, ovvero, a seconda dei casi, in deboli soluzioni di acido fenico in acqua pure sterilizzata.

Anche la sutura delle pareti addominali richiamò l'attenzione dei ginecologi e chirurghi, ma confesso che a tale riguardo non comprendo l'affannosa ricerca di nuovi metodi e di nuovi materiali di sutura, talmente sono brillanti i risultati da me ottenuti col metodo più elementare, sutura nodosa e filo di seta. Io adopero la seta del N. 5 o del N. 6 a seconda dello spessore delle pareti e, infilata in due aghi, attraverso le pareti dall'interno all'esterno, raccogliendo con cura tutti gli strati colla punta dell'ago e non tolgo i fili che dopo dieci giorni, il che mi pare

necessario per ottenere un solido coalito degli strati muscolo-aponeurotici che resista alle contrazioni muscolari. Così operando, io non ho avuto l'ernia post-operatoria che in casi eccezionali, e quando questa si osservò, essa era dovuta il più delle volte a circostanze che avrebbero agito indipendentemente dal metodo di sutura, quali il drenaggio multiplo e il trattamento esterno del peduncolo. Non mi sento perciò tentato ad esperire nè la sutura a strati, nè gli svariati processi, alcuni dei quali ingegnosi, consigliati specialmente in questi ultimi tempi.

Ed ora veniamo alla questione tanto dibattuta in questi ultimi anni, specialmente nel campo laparotomico, dell'antisepsi od asepsi. La passione si mescola alle questioni scientifiche più di frequente di quello che si crede, e si è sentito uomini eminenti, come Lawson-Tait, accusare l'antisepsi di aumentare la mortalità e ritenere inutile anche l'asepsi. Alcuni più savii definiscono chiaramente le diverse tappe fatte nella prevenzione della sepsi. Così Terrier scrive: « Da chirurgo Listeriano sono divenuto chirurgo antisettico ed oggigiorno chirurgo asettico. » Egli è certo che la formola « antisepsi prima, asepsi durante la laparotomia » va ogni giorno più guadagnando terreno ed io sottoscrivo pienamente ad essa come a massima generale, fondamentale. Devo però tosto fare una riserva. Nelle cisti ovariche a contenuto normale, nei fibromi uterini non complicati da sfacelo dei tumori o da alterazioni suppurative degli annessi, nelle affezioni adesive di questi, nelle operazioni che si praticano contro gli spostamenti uterini, niun dubbio che a tale formola dobbiamo attenerci. Ma può dirsi altrettanto dei casi non infrequenti di cisti suppurate, di affezioni suppurate e virulente degli annessi, sole od associate a fibromi uterini, nei casi di tumori in sfacelo? In simili casi è un continuo inquinarsi di strumenti, di spugne, di compresse, di mani, ed io non trovo alcuna ragione perchè in essi non si puliscano, si detergano, si lavino mani, spugne, strumenti, con soluzioni antisettiche, non trovo dannoso, trovo anzi giovevole che queste in deboli soluzioni, in piccola quantità vengano eventualmente a contatto col loro intermedio coi focolai virulenti. Confesso che quando mi trovo di fronte al dilemma, pericolo degli antisettici o pericolo dell' inquinamento settico, mi appiglio al metodo preventivo che più mi assicuri contro di questo. Alcuni apparecchi, come quelli di Strauss e di Miquel, inventati per contare i germi dell'aria, dànno per *l'aria in moto* delle cifre così terrificanti di

colonie di microrganismi patogeni, che ciò sarebbe per sè la condanna dell'asepsi. Fortunatamente non è così dell'*aria in quiete*. La sala in cui operava in questi anni è annessa al grande Ospedale ed è prospiciente il naviglio e l'istituto anatomico, essa è mantenuta scrupolosamente pulita ed il pavimento è lavato prima di ogni operazione laparotomica, e di tanto intanto vi si fa funzionare lo spray, alcune ore prima dell'operazione: in essa si praticano tutte le laparotomie qualunque sia la loro indicazione, e sono perciò frequenti i casi in cui havvi suppurazione circoscritta o diffusa. Per avere un' idea delle condizioni dell'atmosfera ho incaricato il dott. Giglio, allora mio assistente volontario, di fare delle ricerche batteriologiche nel momento stesso dell'operazione. Si collocarono perciò tre recipienti di Koch sterilizzati a secco, entro i quali si versò gelatina sterilizzata, uno sul pavimento, uno sul letto stesso dell'operanda in vicinanza dell' operatore, uno in vicinanza dello spray situato però lontano dal campo operatorio e in modo che il getto non si dirigesse verso di questo. Non si ebbe che uno scarsissimo sviluppo di colonie di stafilococco piogeno aureo. Che l'aria non abbia per sè grande influenza è dimostrato anche dal fatto, che operando io di spessissimo nella posizione di Trendelenburg, nella quale l'aria si precipita in gran copia nel cavo addominale, non ebbi mai a convincermi che essa avesse sinistra influenza. Alla questione dell'antisepsi si collega anche quella della fognatura e lavatura del peritoneo. Il drenaggio allo scopo di favorire il libero deflusso dei secreti delle ferite o delle piaghe o dei liquidi accumulantisi e ristagnanti è di uso antichissimo nella chirurgia. Peaslee in tempi a noi vicini può però considerarsi come il vero fondatore del drenaggio profilattico nella chirurgia addominale. Che si adoperino tubi di vetro, di gomma, di osso decalcificato, ecc., il principio fondamentale resta lo stesso. Una modificazione notevole possiamo trovarla nel metodo introdotto da Mikulicz nel 1886, col quale si utilizza la capillarità, impiegando la garza jodoformica. Poche cose furono più discusse nella chirurgia addominale del drenaggio profilattico. Combattuto, esaltato, a volta vincitore, a volta vinto, sempre risorgente, lascia tuttora perplesse le menti di molti laparotomisti. Non c'è obbiezione alla quale non si dia risposta, non c'è d'altra parte vantaggio che si esalti al quale non si contrapponga qualche inconveniente. La questione venne studiata anche sperimentalmente da Delbet

alcuni anni or sono, ma l'esperimento non ha fatto che ripetere le accuse formulate dalla clinica. Il funzionamento è aleatorio, i tubi si obliterano con coaguli fibrinosi, si isolano presto dalla grande cavità peritoneale, il drenaggio favorisce l'infezione settica, favorisce lo sventramento, può ferire e perforare i visceri e specialmente l'intestino. A me sembra che un' osservazione spassionata fatta sopra un grande numero di casi risponda trionfalmente. Lo sventramento post-operatorio in causa del drenaggio è affatto eccezionale, come eccezionalissima è l'usura per pressione elastica dell' intestino; non si vede perchè il drenaggio debba favorire l'infezione settica od essere causa di una infezione secondaria, se i tubi sono sterilizzati, se le medicazioni si fanno con rigorose norme antisettiche: il funzionamento è lodevole se la fognatura è fatta bene, e nella gran maggioranza dei casi l'isolamento e l'obliterazione avvengono quando il drenaggio non ha più bisogno di essere. Ma messa la questione in tali termini la discussione sarebbe oziosa e potrebbe prolungarsi all'infinito. Il punto capitale è per me questo. C' è una intiera serie di casi nei quali il drenaggio aumenta le probabilità di guarigione? Dalla mia osservazione sarei tratto a dare una risposta affermativa a tale quesito. Certo sarebbe assurdo elevare il drenaggio a sistema. Ma quando vi sono estesissime aderenze, emorragie capillari abbondanti, persistenza di tessuti morbosi o focolai settici, quando havvi concomitante peritonite od ascite, la fognatura a mio avviso è utile. Io mi associo perciò alla formola di alcuni laparotomisti inglesi: *When in doubt, drain* (se siete in dubbio, fognate). Ma, coi tubi o colla garza? Il primo sistema è quello da me seguito con predilezione e non mi unisco a coloro che gridano anatema contro i tubi di caoutchouck, che più flessibili, meglio adattabili a tutte le anfrattuosità sono da me preferiti. Il tamponamento alla Mikulikz ha le sue speciali indicazioni nelle emorragie o quando importi isolare completamente un focolaio settico. Me ne servo perciò più raramente. La garza s'imbeve rapidamente, una volta imbevuta funziona male, e all' atto dell' estrazione quasi si spreme il suo contenuto nel canale che percorre.

Anche riguardo alla lavatura sono eclettico. Inutile, dannosa anzi nei casi ordinari, può essere di gran giovamento in determinati casi, specialmente, quando si versa materiale sospetto o decisamente settico nel cavo peritoneale. Le obbiezioni che anche ad essa si fanno nel campo

teoretico esperimentale non sempre reggono nei singoli casi. Si può con essa trasportare i germi patogeni in regioni lontane del peritoneo, ma se ne può altresì attenuare la virulenza, e convogliare poi facilmente all'esterno i liquidi settici versati nel peritoneo, i secreti e con essi i germi in essi eventualmente contenuti. Delbet dimostra sperimentalmente che le soluzioni feniche, mercuriali, che la soluzione di Rotter, che le sostanze coloranti di anilina, alterano profondamente gli endotelii peritoneali, ma, si risponde, sono inoffensive la soluzione fisiologica di cloruro di sodio e più ancora quella di acido borico al 2-3 0[0 della quale io mi servo a preferenza, ed in certi casi, in cui può essere specialmente indicata la lavatura, sono già così alterati gli epitelii peritoneali che l'obbiezione poggiante su tale considerazione perde in gran parte del suo valore. Interroghiamo, consultiamo a tale proposito la clinica, che è ad un tempo scuola di osservazione e di esperimento e sentiamone i responsi.

Tavola indicante i casi in cui venne praticato solo il drenaggio.

Piosalpinge	N.° 17	casi	con	1	morti
Gravidanze tubarie con rottura del sacco . .	» 3	»	»	1	»
Ematocele	» 2	»	»	0	»
Tumori maligni dell'ovaie	» 3	»	»	1	»
Cisti infraligamentarie	» 1	»	»	0	»
Fibroma infraligamentario	» 1	»	»	0	»
Sarcoma uterino a sviluppo infraligamentario (isterectomia totale addominale)	» 1	»	»	0	»
Totale	N.° 28	casi	con	3	morti

Tavola indicante i casi in cui venne praticata la lavatura peritonèale ed il drenaggio.

Piosalpinge	N.° 9	casi	con	0	morti
Cisti ovariche suppurate	» 6	»	»	1	»
Cisti ovariche con peritonite . . . . . (in 6 casi causata dalla rottura della cisti).	» 9	»	»	1	»
Cistosarcoma ovarico a sviluppo infraligamentario	» 1	»	»	0	»
Gravidanza extrauterina	» 1	»	»	0	»
Ematocele	» 1	»	»	0	»
Totale	N.° 27	casi	con	2	morti

Abbiamo dunque 28 casi trattati col drenaggio con 3 morti, cioè la mortalità del 10.76 0[0, e N. 27 casi trattati colla lavatura e col drenaggio con 2 morti, cioè colla mortalità del 7.40 0[0. Quando si rifletta che si ricorse a tale misura nei casi più gravi ripartiti nello spazio di sei anni, mi pare che non si possa disconoscere la influenza benefica specialmente della lavatura, avendosi col drenaggio ottenuto una mortalità eguale su per giù alla media e colla lavatura una mortalità inferiore. Certo non è facile lo stabilire un criterio assoluto che ci guidi a determinare la opportunità o meno del drenaggio e della lavatura. Anche l'esame bacteriologico fatto durante l'operazione può condurre qualche volta in errore: esso, se anche positivo, non ci indica il grado di virulenza del secreto o della marcia, senza contare che nei piosalpingi le sacche sono spesso multiple e possono le une contenere germi le altre no, e variare notevolmente la virulenza delle prime. La mia esperienza mi condurebbe ad accettare il criterio clinico generale, che dove havvi marcia, se la febbre è in atto o è scomparsa da poco tempo debba considerarsi la raccolta, che la origina, come virulenta.

Forse troppo, o Signori, mi sono indugiato in un'arida esposizione di cose che possono sembrare minuzie, ma la mia non breve nè scarsa esperienza mi ha dimostrato che è da esse che molte volte dipende il felice successo: *Non sunt contemnenda quasi parva sine quibus magna constare non possunt.* Ed ora, che seguendo una consuetudine per molti riguardi lodevole, mi sono presentato a voi, tratteggiando per sommi capi alcune questioni generali di chirurgia laparotomica, indicandovi il mio avviso personale su ognuna di esse, concedetemi che io chiuda svolgendo brevi considerazioni sul metodo che io intendo seguire nell'insegnamento a me affidato. In alcuni scritti recentemente apparsi in Inghilterra ed in Germania si pone la questione se l'insegnamento teorico, da un punto di vista educativo e filosofico non sia inutile e per avventura anche dannoso. È naturale che io muova a me eguale domanda. È utile l'insegnamento teorico? Due fatti devono essere presenti ad ogni insegnante, il gran numero di materie che gli studenti devono imparare e che costituiscono la somma delle nozioni richieste per l'educazione medica professionale e la brevità del tempo nel quale queste devono essere acquistate. E per singolare antimonia più quelle crescono, più questo diminuisce, perchè l'anno universitario reale è ridotto a proporzioni infe-

riori alla metà di quello solare. Tale condizione di cose pone già per sè stessa fuori dubbio, a mio avviso, l'opportunità di un insegnamento teorico. È il professore che fa il lavoro di selezione, di sintesi e ne fa fruire lo studente, facilitando così di molto il suo compito nell'apprendere quanto è fondamento dottrinale. Tale insegnamento dovrebbe però precedere quello clinico e potrebbe essere dato preferibilmente dall'aiuto o dai liberi docenti, quando non si provveda in modo speciale come si fa nelle altre cliniche fondamentali. In tal modo, anche per quanto riguarda l'ostetricia e la ginecologia, lo studente entrerebbe in clinica perfettamente conscio di quanto deve osservare, e si offrirebbe all'aiuto e ai liberi docenti un vasto campo di studio e una proficua preparazione didattica. L'insegnamento teorico però deve essere breve, sobrio, senza fronzoli, senza sfoggio di dottrina e di erudizione. Esso si rivolge però quasi esclusivamente ad una facoltà del nostro spirito, alla memoria, alla facoltà cioè di ritenere le nozioni comunicate la quale, come dice un pensatore inglese, è la fragile corda dalla quale pende la moderna educazione. Coll'insegnamento teorico non si sviluppa nè lo spirito di osservazione, nè l'amore alla ricerca, che pure devono avere una parte sì grande anche nella vita professionale. Le verità delle scienze applicate non possono essere enunciate come proposizioni astratte, esse devono essere rese evidenti ai sensi. È tale il compito della clinica e del laboratorio ed è in essi che forse meno pomposamente ma con maggiore e continua efficacia si manifesta l'opera dell'insegnante; è in essi che si acuiscono quelle facoltà che tanto giovano sì al pratico che allo scienziato, è in essi che voi, Egregi giovani, mi avrete maestro, guida amorevole, compagno di lavoro, ed è in essi infine che io cercherò di prodigare l'opera mia, poichè una sola è la mia aspirazione, che l'insegnamento avuto vi segua sempre, come ricordo benefico fra le ardue responsabilità della vostra vita professionale.

RASSEGNA

M. SAENGER. — **Conception durch ein accessorisches Tuben-Ostium. Kaiserschnitt, bedingt durch frühere ectopische Schwangerschaft** *(Concepimento attraverso un ostio tubario accessorio. Taglio cesareo in causa di antecedente gravidanza ectopica).* — *Monatsschritf für Geburtshülfe und Gynaekologie,* B. 1, H. 1, Berlin, 1895, pag. 21-28.

Il caso esposto dall'A. è importante per il modo anormale con cui avvenne il concepimento e per l'indicazione rara del taglio cesareo. Trattavasi di una donna di 32 anni, gravida a termine la quale aveva avuto due gravidanze con parti eutocici, due aborti e, due anni prima, essendo probabilmente incinta, perdite sanguigne dai genitali senza emissione di costituenti ovulari. Fu stabilita la presenza di un ostacolo assoluto al parto, dato da un sacco fetale ectopico raggrinzato e fisso e da residui cicatriziali intra ed extra-peritoneali di un ematoma pelvico decorso con sintomi infiammatorî.

A travaglio iniziato si procedette al taglio cesareo. Si riscontrò che l'ostacolo al passaggio del feto attraverso alla pelvi era il seguente: la tuba destra stirata in basso e all'indietro obliquamente si perdeva in un intreccio di tenaci adesioni nello spazio del Douglas, colla sua parte addominale, aumentando fino ad acquistare quasi un cm. di diametro. Non visibile era l'ovaio corrispondente. La mano seguendo questa tuba arrivava nel Douglas su un tumore grosso come un pugno, rotondo, con aderenze intestinali e fisso. Si potè enucleare il tumore e si frenò l'emorragia colla sutura. Non furono trovati residui fetali. La tuba sinistra era stirata ad arco prima allo esterno, quindi in direzione rettilinea, poi in basso dove pur si perdeva nel Douglas la sua porzione addominale. A sette cm. circa dal corno uterino sinistro si trovava sulla tuba un orificio tubarico accessorio e al di dietro di esso l'ovaio sinistro. Il pezzo non fu esportato. La diagnosi anatomica controllò la diagnosi clinica. Erasi avuta precedentemente una gravidanza tubo ampollare o tubo ampollare addominale. Nell'ematocele erasi perduto l'orificio addominale tubarico completamente chiuso. La gravidanza perciò, per la quale si dovette intervenire col taglio cesareo, aveva dovuto aver luogo per il passaggio dell'ovicino at-

traverso all'orificio tubarico accessorio di sinistra. Questo fatto è per la prima volta dimostrato in modo sicuro dall'osservazione dell'A.

Quantunque siano conosciuti nella letteratura parecchi casi di gravidanze extra-uterine susseguiti da gravidanze uterine, si conoscono però pochi casi in cui il sacco ectopico abbia portato l'impossibilità assoluta di un parto per via naturale. Si conoscono solo due casi, dice S., di questo genere. In essi trattavasi di litopedî che stabilirono l'indicazione per il taglio cesareo (caso di Hugenberg e di Schauta-Munk). A questi aggiungonsi tre osservazioni (di Pozzi, di Hennigsen e di Dibot), in cui fatti di questa natura costrinsero alla provocazione dell'aborto.

PATELLANI.

E. ROSSA. — **Zwei Fälle von Gynatresien** *(Due casi di ginatresie).* — *Centrabl. f. Gyn.,* 1894, N. 18, pag. 422-430.

1.° Donna di 58 anni. Diagnosi: idro o piocolpo, idro o pio-salpinge, vagina atresica. Laparotomia. Coll'atto operativo si precisa la diagnosi: utero bicorne unicolle in donna con piocolpo, piometra da colpo-atresia. Dopo 5 giorni la donna muore in una clinica psichiatrica dove fu mandata in terza giornata (!). Alla necroscopia si rilevano i seguenti dati riferibili agli organi genitali. I due corni uterini sono grossi, ovali, della lunghezza di 6 cm., larghi il destro 5 cm. il sinistro 4 cm. e tra essi si ha un angolo di 120°. Le pareti dei corni uterini spesse circa mm. 18 sono costituite da tessuto duro, tenace, rosso-scuro e le cavità sono distese da coaguli nerastri. I due corni confluiscono in basso a formare il collo unico lungo cm. 5, la cui parete, inferiormente e a destra, è trasformata in tessuto neoplastico di circa 2 cm. di spessore, pallido, molliccio, lacerabile. A 3 cm. e 1[2 al disopra della vagina grado grado si arriva ad un punto ristretto dove esiste un orificio di 14 mm. di diametro, che mette in una cavità data dalla vagina dilatata (20 cm. di periferia) e allungata (10 cm. di lunghezza). Le pareti di questa porzione della vagina sono spesse; consistente ne è la mucosa e tanto a sinistra quanto posteriormente trovansi numerosi nodetti pure di tessuto neoplastico. Gli annessi sono aderenti allo indietro, le ovaia piccole in preda a degenerazione cistica e le tube poco distese. La diagnosi epicritica fu la seguente: carcinoma del collo di un utero bicorne unicollo, pneumonia lobulare catarrale, meningite sierosa, mancanza del rene sinistro, compressione dell'uretere destro, idronefrosi destra.

La donna aveva partorito 5 volte normalmente. A proposito del caso clinico, che dal punto di vista terapeutico ammette la discussione, l'A. si crede autorizzato a dire che nelle ginatresie con sacchi tubarici constatati, deve precedere la

coliotomia e mentre si hanno così in vista le tube è indicato lo svuotamento dei liquidi per vagina.

2.° Donna di 35 anni. Non fu mai mestruata. Genitali esterni normali. L'imene permette il passaggio di due dita. La vagina è ampia, lunga 5-6 cm., e termina in alto a fondo cieco conico. Dalla via rettale si sente al disopra di essa un tumore elastico fluttuante, in relazione con quanto si rileva all'esame dallo esterno, partente dal piccolo bacino in toto della grossezza della testa di un adulto e diviso in alto da un solco in due parti. Laparotomia. Si apre accidentalmente la vescica le cui pareti furono credute peritoneo inspessito (!). Puntura del sacco cistico e svuotamento di un liquido piceo denso che in parte si versò anche nella cavità peritoneale. Dopo due giorni esito letale. Alla necroscopia si constatarono, tolti l'utero e gli annessi, idronefrosi destra congenita, atresia congenita della parte superiore della vagina e del collo, endocardite, *peritonite, pericistite.*

I genitali esportati erano costituiti dall' utero molto duro lungo 8 cm., largo 9 cm. e spesso 7 cm., rotondo, che presentava nella sua porzione inferiore una superficie piana tagliata col bistorì. La cavità era completamente chiusa. Le tube presentavano un aspetto pressochè normale mentre le ovaia erano trasformate in cisti a contenuto emorragico. A proposito di questo caso Rossa fa alcune osservazioni ricordando che il reperto anatomico pur escludendo l'ematometra non nega la possibilità sia esistito, quanto sia difficile in casi consimili la diagnosi e come si debba nelle ginatresie fare grande attenzione alla vescica che può essere portata molto in alto col suo fondo per evitare di determinare su di essa delle lesioni che sono, come appunto per il caso del Rossa, molto gravi.

PATELLANI.

Dott. P. L. FERRARI. — **Sull'uso della glicerina allo scopo di provocare il parto.** — *Lo Sperimentale,* 21 Dicembre 1894, N. 36.

L'A., dopo avere riportati i casi di Clifton, di Simpson, di Jennet, di Pelzer, di Pfannenstiel e di Müller, riferisce assai dettagliatamente un caso da lui osservato nel Novembre del 1893 nella Clinica Ostetrica di Genova, allora diretta dal prof. Pestalozza, caso che ebbe esito letale per la madre e per il feto. Si trattava di una pluripara gravida al principio dell'8.° mese, in cui l'esame ostetrico aveva rilevato feto vivo in presentazione di vertice, collo uterino rigido per cicatrici che si trovavano su di esso, due delle quali, lateralmente a destra e a sinistra, si spingevano nei fornici, bacino piatto rachitico con C. V. = 7 cm. Riusciti vani gli altri mezzi tentati per provocare il parto prematuro, si praticò l'iniezione alla Pelzer con 10 cmc. di glicerina. Appena terminata l'iniezione, l'ammalata fu presa

da malessere generale, ansia precordiale, seguì, dopo dieci minuti, intenso brivido di freddo, cianosi, dispnea, polso piccolo, frequente, colasso. Coi soliti mezzi si rianimò la paziente e i fatti allarmanti scomparvero, ma ripigliarono una seconda volta dopo dieci minuti. Si riuscì a vincere anche questo nuovo attacco, ma subentrarono nausea e vomiti, indi scariche diarroiche abbondanti ed ematuria. In giornata la donna si rimise in buone condizioni, persistendo però l'ematuria. I movimenti attivi e il battito cardiaco del feto non furono più percepiti. Le contrazioni uterine erano un po' aumentate. Il giorno dopo si hanno contrazioni sempre più vive, ma l'orificio uterino si mantiene rigido e la dilatazione non progredisce; perciò si ricorre al colpeurinter. Il feto essendo indubbiamente morto, ed essendo assottigliato il segmento inferiore, si decide di praticare l'embriotomia. Avviene una lacerazione cervicale che dà un'abbondante emorragia, la quale cessa dopo la sutura. Zaffata la cavità uterina l'ammalata è posta a letto; dopo poco è presa da una lipotimia, polso piccolo, frequente, dispnea. Dai genitali non cola goccia di sangue, all'addome si palpa profondamente nella fossa iliaca destra una tumefazione grossa quanto un'arancia. Ad onta di tutte le cure la donna muore due ore dopo il parto. Dall'autopsia si ha la seguente diagnosi anatomica: Nefrite parenchimale. Emorragia nel cellulare pelvico da lacerazioni uterine. Anemia generale acuta. Morte per sincope.

Dall'esame dei 32 casi citati, in cui la glicerina fu usata 18 volte per stenosi pelvica, 3 per placenta previa, 3 per nefrite, 6 per inerzia, 1 per stato generale grave e 1 per indicazione non abbastanza chiara, l'A. fa parecchie considerazioni sul tempo fra l'iniezione e la comparsa dei dolori, sulla durata del periodo dilatante e del periodo espulsivo e sull'esito della madre e del feto, e rileva che l'azione del farmaco si manifestò in un'ora 9 volte, da 1 a 2 ore 8 volte, da 2 a 3 ore 4 volte e in 4 ore una volta. Negli altri casi le contrazioni o non si manifestarono, come in quello osservato dall'A. o si manifestarono molto tardi e in seguito a ripetute iniezioni. Secondo Pelzer il periodo dilatante durerebbe in media da 8 a 10 ore, però in alcuni dei casi citati durò 12, 17 $^1/_2$, 19 $^3/_4$, 24, 28, e persino due giorni. Se a questo si aggiunge che in vari casi oltrechè alla glicerina, si ricorse ad altri mezzi quali la dilatazione coi sacchetti del Barnes, col colpeurinter, ecc., l'A. deve dire che, pur ammettendo che la glicerina possa esercitare un'azione eccitante sull'utero, tale azione non è sempre costante. Ma quello che più importa notare si è che la glicerina in tal modo usata è dannosa per il suo potere altamente distruggente sul sangue e perchè irrita ed altera i nervi. Molti osservatori e l'A. stesso hanno fatto in proposito esperienze accurate sugli animali, ed hanno sempre trovato emoglobina oltre a fenomeni generali più o meno gravi e duraturi, a norma della quantità maggiore o minore di glicerina iniettata. In due conigli iniettati per due giorni di seguito con 20 cmc., uno nelle vene, l'altro sotto la cute del

dorso, l'A. praticò, dopo la scomparsa dei fenomeni tossici, la esportazione di un rene: in entrambi constatò congestione e glomerulite. Resta quindi assodato una volta di più che la glicerina introdotta nell'organismo può indurre fenomeni eminentemente tossici che si manifestano, oltrechè con fatti generali, con una alterazione rapidissima del sangue e dei reni. Ciò, oltrechè dalle esperienze di laboratorio, è confermato anche dal fatto che tali fenomeni si ebbero anche in tutti i casi in cui la glicerina venne usata come veicolo di sostanze medicamentose per via ipodermica. L'iniezione alla Pelzer li determinò in un caso del Pfannenstiel, in uno del Müller e in quello osservato dall'A., nel quale ultimo, pur ammettendo che la emorragia grave abbia notevolmente ed in massima parte provocato l'esito letale, l'alterazione rapida del sangue, la cospicua ematuria ed albuminuria, e la nefrite, insorta indubbiamente dopo l'iniezione, vi hanno certamente contribuito. Le modificazioni poi che il sangue ed i reni subiscono in gravidanza diminuiscono la resistenza all'azione della glicerina. Un'altra conferma che la glicerina usata a scopo ostetrico sia pericolosa e dannosa si ha poi nel fatto che in tutti i casi di nefrite in cui essa fu adoperata l'esito fu infausto. Infine anche la vita del feto può essere minacciata o dalle contrazioni troppo energiche e prolungate che la glicerina può talora suscitare, o dagli stessi fenomeni tossici presentati dalla madre.

Per tutte queste considerazioni l'A. conclude:

1.° La glicerina iniettata nella cavità uterina a scopo di determinare l'aborto o il parto prematuro non ha un'azione costante nè pel tempo della comparsa dei dolori, nè per la intensità, nè per la durata delle contrazioni.

2.° La glicerina è dannosa e pericolosa per le alterazioni che porta nel sangue e sui reni, e deve in modo assoluto proscriversi in quei casi in cui siasi constatata o dubitata la lesione.

3.° La glicerina può essere nociva al feto e portarne anche la morte.

AMADEI.

P. G. SPINELLI. — **Nuovo processo di gastro-isteropessia mediata.** — *La clinica chirurgica,* N. 10, anno 1894.

L'A. divide i processi di gastro-isteropessia in due categorie distinte: in *gastro-isteropessia mediata,* ed *immediata.* Raggruppati in tal modo i differenti metodi di isteropessia addominale, fa, brevemente, la critica a ciascun processo, e viene alla conclusione che sono tutti più o meno imperfetti e non rispondono bene allo scopo di mantenere solidamente fissato l'utero alla parete addominale.

Secondo l'A., il principio che deve informare una buona operazione contro il

prolasso, può essere formulato nel modo seguente: « *fissare l'utero solidamente ed in alto alla parete addominale, senza privarlo dei suoi movimenti e dentro certi limiti; senza sacrificare organi ancora in condizioni fisiologiche, ed evitare nello stesso tempo la produzione del cistocele vaginale;* in un motto *avvicinarsi, per quanto sia possibile alle condizioni naturali, per modo che l'utero non venga ostacolato nella sua funzione gestativa.* » Mosso da questo concetto operatorio, l'A. ha studiato di concretizzare un nuovo processo di gastro-isteropessia mediata, che ha messo in pratica iu un caso di prolasso uterino.

L'operazione si compone di tre tempi: *1.° tempo.* Disimpegno dei cordoni rotondi dalla loro entrata nel canale inguinale alla loro inserzione uterina; a ciascun ligamento rotondo si lascia una plica di peritoneo. Sutura a sopragitto delle pagine dei ligamenti larghi. — *2.° tempo.* Ripiegati, come braccia conserte, i ligamenti rotondi sulla faccia anteriore dell'utero, vengono suturati con seta sottile all'utero e poi fra di loro; in modo che si ottiene un peduncolo unico e centrale, che parte dal mezzo della parete anteriore dell'utero, quasi a livello della linea che divide la regione del fondo da quella del corpo dell'utero. — *3.° tempo.* Fissazione del peduncolo, con piani soprapposti di suture, ai diversi strati della parete addominale.

L'A. fa seguire alla descrizione del processo, alcune considerazioni sulla utilità e facilità del nuovo metodo di gastro-isteropessia. Quanto alla passibilità della gravidanza dopo l'operazione l'A. si appoggia alle osservazioni di gravidanza dopo l'operazione di Alquié-Alexander. L'A. riconosce al Ruggi la priorità operativa del processo (1887). E conclude augurandosi che questo nuovo processo sia continuato dagli operatori, presentando esso, per considerazioni anatomiche e meccaniche, maggiori garanzie di risultati favorevoli rispetto agli altri fin qui eseguiti.

DECIO.

P. G. SPINELLI. — **Sui risultati immediati e remoti della cura chirurgica della cloaca uro-genitale con distruzione completa o quasi dell'uretra.** — *Archivio di Ostetricia e Ginecologia,* N. 11, 12, Novembre e Dicembre.

L'operazione consiste nella occlusione vulvo-vaginale dopo formazione di una fistola retto-vaginale, fu ideata da Faubert e Berard e praticata da Maissonneuve nel 1852. Riassume l'A. il caso di quest'ultimo e l'altro del Da Costa Duarte (1862), indi accenna ad un terzo caso di Baker Brown (1862) il quale sarebbe il primo accertato in cui l'orina fu fatta raccogliere nell'intestino o dallo sfintere anale contenuta. Rammenta altri casi di Cazin pubblicati nel 1881, uno del Morisani del 1878

coronato da felice successo, che spinse poi l'operatore a ritentare il processo nel 1880 in circostanze simili; pure trionfante uscì dalla prova, se non che il risultato non si mantenne che per tre anni, in capo ai quali la donna fu rioperata per estrarre dalla cloaca alcuni grossi calcoli che vi si erano formati. Dal 1883 al 1892 lo stesso Morisani ne osservò una discreta serie con successi quasi costanti. Nota come in Germania l'operazione passò sotto il nome di Rose il quale non ne fu per altro l'inventore. Altri casi ora fortunati ed or no furono quelli di Kaltenbach, Schröder, Fritsch, Mazzoni, Durante; dubbi per l'esito quelli di Dittel o di Antal. Un giudizio sul valore della operazione non è per anco formulato, e la ragione di ciò vuolsi cercare nella scarsezza di esatte osservazioni e però in base ad 11 casi operati dal Morisani dall'A. diligentemente studiati (e che nella memoria sono esposti e riassunti in tabelle) conclude: 1.° Nelle vaste perdite di sostanze della parete vescico-vaginale con distruzione completa o quasi dell'uretra bisogna intervenire chirurgicamente pur di migliorare la deplorevole sorte della paziente. 2.° Il metodo operativo che corrisponde allo scopo è la produzione stabile di una fistola vagino-rettale e la conseguente obliterazione vulvo-vaginale. 3.° I risultati prossimi e remoti studiati sui casi del Morisani giustificano la proposizione precedente. 4.° La mucosa rettale tollera benissimo la presenza della orina e lo sfintere la contiene abbastanza bene talchè il mitto anale avviene ogni 2 o 3 ore. 5.° Il processo operativo è suscettibile di modificazioni, l'A. propone una modificazione la quale ha per iscopo di evitare il riflusso fecale in vagina, volta che sia praticata la comunicazione tra retto o vagina.

Decio.

CHAPUT. — **Traitement de la rétroflexion par un procédé opératoire nouveau; transplantation du péritoine antéutérin.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Décembre 1894.

Critica dapprima l'operazione di Alexander come quella che oggimai ha perduto favore appo i ginecologi, indi passa a dimostrare come anche la isteropexi addominale non sia affatto scevra di inconvenienti e di disturbi dal lato della vescica orinaria, e nella eventualità di insorgenti gravidanze per gli aborti consecutivi, infine rammenta il caso di Petit, in cui, rottesi pei conati di sopraggiunto vomito, le aderenze utero parietali, tale emorragia insorse che la paziente dovette soccombere. Critica altresì l'accorciamento endo-addominale dei legamenti rotondi. L'A. ha eseguito due volte una operazione di isteropexi vaginale, analoga a quella di Dürhsen-Mackenrodt. Ecco come la descrive: Incisione trasversale del cul di sacco posteriore fino al peritoneo compreso. Incisione analoga nel fornice anteriore,

scollamento della vescica, apertura del peritoneo, indi distacco delle aderenze posteriori e raddrizzamento dell'utero con una sonda di Trélat. Con due dita introdotte nella breccia anteriore uncina il corpo uterino che porta in vagina (gli annessi sono esaminati per eventuale ablazione), indi con suture poste sul corpo e sul collo fissa l'organo in antiflessione; riduce poi l'utero nella cavità addominale, sutura con catgut lo sfondato anteriore, e tampona lo spazio del Douglas con garza jodoformica allo scopo di provocarne l'obbliterazione per infiammazione adesiva. Benchè tale operazione gli abbia dato ottimi risultamenti nei due casi in cui l'ebbe sperimentata, tuttavia non ne cela la difficoltà tecnica volta che la paziente sia pingue e profonda e stretta sia la vagina. Allorchè il raddrizzamento e la fissazione vaginale siano impossibili è duopo ricorrere alla laparotomia. In tali casi ecco come si regola: laparotomia mediana praticata nella posizione di Trendelenburg, distruzione digitale delle aderenze posteriori, indi il fondo uterino è uncinato e tirato in alto, incide il peritoneo trasversalmente nel mezzo della faccia anteriore dell'utero in una estensione di 5 a 6 cm. prolungantesi lateralmente sui legamenti larghi. Il lembo è dissecato, e scollato colle dita. Denudata così una porzione della superficie uterina anteriore, ottiene artificialmente l'antiflessione, e copre il fondo uterino col lembo dissecato, o sutura questo alla parte più elevata della faccia posteriore dell'utero stesso.

In tal guisa operò due volte. L'A. dice che il procedimento è semplice e di facile esecuzione (?) e non presenta gli inconvenienti di tutte le altre operazioni finora escogitate e già considerate.

Decio.

Prof. RIBBERT (Zurich). — **Sull' origine dei tumori** *(Rabdomiomi e lejomiomi).* — *Deutsche Med. Woch.,* 10 Gennaio 1895.

I *rabdomiomi* si osservano come è noto specialmente nel tratto urogenitale. Essendosi l'A. ricreduto sulla probabilità di origine delle fibre muscolari striate dalle muscolari liscie, è venuto del parere che questi tumori possano derivare da un'aberrazione fetale, il che non sarebbe troppo difficile a credersi, considerando le complicate circostanze di sviluppo degli organi genito-urinarii. Per rispetto ai reni Hanau crede probabile che originando essi da due territorii distinti possano tra questi esservi rinchiusi dei germi abnormi. Egli cercò di spiegare in questo modo il fatto dall'A. osservato di rabdomiomi trovati alla parte esterna dei bacinetti renali. Questi tumori sono più rari nelle altre parti del corpo. Wolfensberger esaminò un rabdomioma dell'esofago che fece derivare ugualmente da un fatto di aberrazione fetale. Anche i tumori che si trovano in luoghi che esistono già mu-

scoli striati derivano probilmente da procedimenti fetali. Così dicasi per i rabdomiomi del cuore, come ha provato Kolisko, e così pure per la struttura fetale del muscolo di un rabdomioma dei dintorni della tuberosità ischiatica, dove si trovò anche l'abbondanza del glicogene; Marchand lo fece pure derivare da un'anomalia congenita.

Per decidere se i lejomiomi si debbano pure riferire ad un' aberrazione nucleare germinativa fetale occorrono nuove esperienze. In molti casi di *miomi uterini* le cose vanno probabilmente così, ma però in un altro senso di quello espresso da Cohnheim. Le più recenti ricerche di Hauser (il quale cita anche Babes, Dievterweg, Schröder, Breus e Recklinghausen) fanno credere che sia la presenza di residui del dotto di Wolff la quale determina lo sviluppo rigoglioso eccezionale della muscolatura vicina.

Infatti è stato trovata la presenza in alcuni miomi di spazii epiteliari, di condotti e di cisti, di cui alcune fornite di epitelio vibratile. Questi elementi però non è detto che derivino necessariamente dai dotti di Wolff. Potrebbe benissimo darsi (come dice Hauser) che derivino dalla mucosa uterina. L'A. possiede un preparato nel quale si vedono dei tratti lunghi 7-8 mill. (che contengono numerose ghiandole) che si inoltrano nella parete uterina e che si vedono sulle sezioni come isole separate fatte da tessuto simile a una mucosa. Le parti di essi tratti che sono più profondamente situate si trovano vicino ad un piccolo mioma, senza però penetrarvi. Schokländer vide lo stesso fatto, ma ammise che vi erano parti della mucosa che erano penetrate e cresciute nel mioma. Hauser fa notare che l' inclusione epiteliare si possa poi anche devolvere ad un errore di sito dei muscoli. Non sarebbe però questo il caso dei residui del dotto di Wolff.

L' A. crede quindi che si potrebbe interpretare la formazione di tumori muscolari attorno agli spazi epiteliari gia citati nel seguente modo: la muscolatura uterina vicina a detti spazi, in causa dello stretto nesso che esiste tra la formazione dell'utero e detti elementi epiteliari, prenderebbe uno sviluppo indipendente in un'epoca successiva, per non essersi prima esaurita embriologicamente nella sua facoltà di proliferazione.

Non è necessario quando si hanno queste anomale disposizioni di mucosa e muscolatura, che vi si trovino anche delle ghiandole, vi si possono trovare anche solamente delle isole di mucosa nella profondità della parete.

In uno dei preparati dell' A. si trova un'isola di tessuto connettivo ricca di vasi vicina ad un mioma, e in un'altra sezione essa penetra chiaramente nel tumoretto. Nel medesimo e vicino al medesimo si trova uno spazio longitudinale epiteliare.

Tutte queste questioni meritano ancora numerose ed accurate osservazioni.

Cioja.

G. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer). — **De l'influence des bains de mer et de l'immersion prolongée sur la menstruation.**

Esamina dapprima il precetto che vieta alla donna menstruante qualsiasi bagnatura, e mentre trova che tale opinione è esatta per le donne che abitano nelle città, essa non corrisponde invece per quelle robuste per le quali la mestruazione non è che un vero momento fisiologico che si compie silenziosamente e compatibile colle fatiche. In queste ultime donne i bagni marini invece di turbare favoriscono la mestruazione, prolungano la vita genitale ed aumentano la fecondità.

Colpito dal vedere l'assenza di turbe uterine in quella classe di donne, che vivono, in qualsiasi stagione, mestruate o no, sulle rive del mare pel loro mestiere di pescatrici di granchi, portò la sua attenzione sovra di esse in un modo speciale, e cioè dal punto dì vista della pubertà, della menopausa e della fecondità. Fa una pittura assai colorita dei costumi di queste povere donne che per guadagnarsi di che vivere si danno a quel mestiere che le obbliga a starsene delle ore immerse parzialmente nelle acque marine, e poscia uscirsene fuori con quei panni indosso molli, al caldo od al freddo, al vento, alla pioggia od al sereno, e percorrere le vie della città o dei mercati con quegli indumenti grondanti, e che si asciugano alle carni, quando pel soverchio freddo invece non si congelano completamente. Eppure malgrado ciò quelle donne non sono per nulla sofferenti!

L'A. è d'avviso che tutte le donne che non hanno lesioni gravi degli annessi potrebbero imitare questi costumi, e ne ridonderebbero dei vantaggi, previe naturalmente alcune norme preparatorie, quali ad esempio l'assuefarsi alla stessa atmosfera del mare. Esponendo l'azione fisiologica dei bagni di mare sopra l'utero sano, dice che al momento della immersione tutta l'economia dell'organismo riceve una scossa profonda, e spesse volte penosa, il sangue della periferia del corpo è subitamente cacciato verso l'interno, il cuore sembra arrestarsi, il polso diviene piccolo, duro, frequente, i movimenti respiratori accelerati, la cute impallidisce, ma l'equilibrio nella economia si ristabilisce presto.

Ne consegue una dilatazione dei vasi degli organi splacnici, e così pure la cute per paralisi vaso-motoria si fa più ricca di sangue, e questa specie di ginnastica dei vasi profondi e superficiali, rende più completa la circolazione in quegli organi nei quali essa erasi illanguidita. L'utero, come tutti gli altri organi, deve pure risentire di questi effetti, ed infatti sopra 123 donne che pigliarono i bagni durante il periodo mestruale, l'A. potè constatare in luogo della sospensione dello scolo sanguigno, una maggiore abbondanza ed una maggiore durata del medesimo. Nessuna di esse accusò mai il benchè minimo disturbo, anzi talune furono solle-

vate da dolori mestruali abituali quando non entravano nell'acqua. Altre osservarono lo scolo più abbondante del solito. Le donne possono quindi continuare i loro bagni di mare alla condizione però che siano acclimatate al mare, e che non abbiano alcuna lesione degli annessi. L'A. in base a queste osservazioni vede nei bagni marini un potente aiuto contro le amenorree, le dismenorree essenziali ed in tutte quelle affezioni in cui la circolazione e la vitalità uterina hanno bisogno di essere eccitate e rese più perfette, crede poi che essi agevolino la precoce comparsa del flusso catameniale e che ritardino la comparsa della menopausa aumentando la fecondità in un modo evidentissimo. DECIO.

OTTO ENGSTROEM. — **Un caso di sinfisiotomia.** — *Annales de Gin. et Obst.*, Dicembre 1894.

Il professore di ginecologia di Helsingfors comunica un caso da lui operato per provare come l'atto operativo sia facile e per nulla pericoloso, e perciò altresì alla portata del medico pratico, contrariamente alla opinione di Leopold di Dresda il quale lo vorrebbe soltanto intrapreso nelle Maternità poste sotto la vigilanza di uno specialista. Sarebbe questo il terzo caso operato in Finlandia. L'operazione fu eseguita al 1.° Maggio. C. V. 7, 8, feto vivo e testa mobile allo stretto superiore, l'esito felice per la madre e pel bambino. DECIO.

PAZZI. — **La sinfisiotomia a Bologna.** — *Archivio di Ost. e Gin.*, N. 11-12, Novembre-Dicembre 1894.

È il quarto caso che si operò in Bologna, questo che l'A. eseguì insieme al dott. Ferraresi e che espone dopo di aver riassunto i tre antecedenti, i due primi appartenenti al Belluzzi, ed il terzo che data dall'anno 1893 al Pinzani.

Donna VIIpara, che 5 volte aveva partorito senza l'aiuto dell'arte ed in un solo parto fu aiutata col forcipe. L'A. fece diagnosi di ristringimento pelvico di primo grado complicato ad inerzia spasmodica; la testa era impegnata. Vani i tentativi col forcipe classico, e con l'altro ideato dall'A. per la sproporzione della C. V. = 90 mm. con i diametri cefalici, fu praticata la sinfisiotomia col bistorì benchè ossificata precocemente fosse la sincondrosi. Discreto il divaricamento dei pubi, rapida la discesa della testa, che fu tuttavia estratta col forcipe dell'A. Il feto era enorme, lungo 52 cm., del peso di 4800. Circonferenza del capo 38 1[2, vivo e sano.

Per la sutura del periostio dei legamenti, ecc., fu usato il catgut, indi la donna fu debitamente fasciata. La narcosi di quella pingue donna era durata 2 ore con-

sumando 40 gr. di cloroformio, nessun accidente aveva complicata l'operazione, al ridestarsi l'operata diceva di sentirsi benissimo, ciò nondimeno colpita da colasso, moriva 5 ore dopo. L'A. in vista del triste epilogo svolge alcune considerazioni clinico-pratiche dalle quali emerge che se la C. V. era di 90 mm. il volume della testa fetale era tale da creare quelle condizioni distociche che si hanno in bacini più viziati ma con feto normale. Ma l'A. non poteva praticare il parto prematuro, fallito eragli il fórcipe, fatale sarebbe pel feto riuscito il rivolgimento, e senza alcuna garanzia per la madre, ed il taglio cesareo non aveva gli estremi della indicazione. Non condivide l'opinione del Leopold, il quale vorrebbe la craniotomia su feto vivo, se la donna non è appo una clinica; spesso la craniotomia fa due vittime, specialmente se eseguita dai medici condotti, cui egli la indica, come quelli che sono inesperti in tali operazioni. Lo schok post-operativo accadde spesso anche dopo le embriotomie, e l'A. pensando come questo avrebbe ugualmente potuto insorgere, si compiace pensando che almeno ha salvata l'esistenza fetale. Chiude la memoria, un rapido sguardo alla grande diffusione che ogni dì va prendendo l'operazione di Sigault per opera della Scuola Napolitana e della Francese.

Decio.

HENRI HARTMANN. — **Les rétrécissements périrectaux chez la femme.** — *Annales de Gin. et Obst.*, Décembre 1894.

A diverse riprese presso le donne affette da lesioni degli annessi, fu nettamente constatata la esistenza di una stenosi del retto facilmente apprezzabile col riscontro vaginale, stenosi che si traduce con un certo qual grado di stitichezza e con nessun altro importante fenomeno. In un caso tuttavia operato dal professore Tarnier l'autore vide svilupparsi degli accidenti di occlusione che portarono la morte della malata. Era stata questa operata di laparotomia due anni antecedentemente per una peritonite bacillare.

Alla autopsia si trovò il retto nella sua parete postero-laterale-destra confuso con una massa fibrosa d'apparenza cicatriziale che ne rendeva difficile la sezione. A livello di questa parete a 12 centim. dall'ano presso a poco in un punto corrispondente alla parete media del corpo dell'utero, si vide sporgere nel lume una piega in forma di valvola costituita dall'addossamento delle tuniche esterne ripiegate o saldate fra esse con tessuto infiammatorio extra-rettale. Certo che in questo caso va anche considerata la tubercolosi peritoneale anteriore che può aver contribuito a determinare la produzione delle aderenze, anche prescindendo da qualunque lesione degli annessi. In un altro caso in donna con bacino spondilolistesico il restringimento fu dato da una aderenza a livello dello scavo sacrale. Queste sa-

rebbero dunque occlusioni mantenute da aderenze peritoneali. Ma un'altra varietà più frequente è legata cogli ispessimenti e briglie che trovano il loro punto di partenza dagli annessi. Cita varie osservazioni appartenenti ad altri autori.

L'A. dice che le forme di restringimento peri-rettale anatomicamente dimostrati nelle donne ponno ridursi a due tipi, l'uno che equivale ad una saldatura per aderenza, l'altro ad una strozzatura del retto per opera di un nastro fibroso connessa coi legamenti larghi. Queste modalità poi possono spesso trovarsi combinate. Come cura è partigiano della via laparotomica. Salvo nei casi in cui abbiasi la suppurazione del piano inferiore del legamento largo in cui conviene l'incisione perineale del focolaio. DECIO.

TROTTA. — **A proposito della teoria del Petrone sulla genesi e cura della osteomalacia.** — *Archivio di Ostetricia e Ginecologia,* Ottobre 1894 (1).

Passate rapidamente in rassegna le teorie escogitate per la genesi della osteomalacia, mette in rilievo la scoperta di Fehling, e la così detta teoria ovarica in base alla quale la castrazione, ormai universalmente accettata, è divenuta l'unica risorsa terapeutica. Rammenta quindi le ricerche istituite allo scopo di cerzionare la natura parassitaria della malattia, ricerche fallite a più di un osservatore ed il reperto del Petrone il quale ritiene trattarsi non di un agente infettivo specifico, ma di un fermento di attività biologica ben definita al di fuori dell'organismo, del fermento nitroso. La osteomalacia, secondo il Petrone, non sarebbe altro che un processo di nitrificazione che si compie nell'interno dell'organismo, e la presenza dell'acido nitroso nell'orina sarebbe la vera espressione del processo morboso osteomalacico. Per azione specifica antisettica del cloroformio sul microrganismo nitrificante, gli eccellenti risultati della castrazione tende a dimostrare voluti più al fatto della cloronarcosi che a quello della castrazione medesima. Anzi il Petrone dice di aver guarita una paziente colla sola amministrazione del cloralio e del cloroformio. Favorevole a tale ipotesi fu il fatto dello Schauta cui non guarì quella donna da lui castrata sotto la narcosi conseguita coll'etere, e l'altro del Latzka, del Tibone, che a guarigione invece videro arrivare due donne colla semplice amministrazione del cloralio. Ma al Morisani fallì la prova. Il dott. Zuccaro, sperimentando nella stessa guisa ed esaminando le orine dal punto di vista

(1) Vedi l'articolo di rivista sullo stesso argomento del dott. Zuccaro a pag. 803. Numero di Novembre 1894.

dei nitriti, potè dimostrare che la presenza dei medesimi era collegata ad un processo di decomposizione delle orine medesime, e d'altra parte anche allo stesso dott. Zuccaro mancò l'effetto della istituita cura.

Le stesse ricerche condotte dall'A. (col metodo del Grieff) su persone osteomalaciche, su gravide, su donne affette da malattie psicologiche, ed infine anche su persone sane fecero evidente una nota comune, e cioè la reazione manca nelle orine di fresco emesse, e si presenta invece nelle medesime dopo qualche tempo, il che equivale a dire che la reazione è in rapporto colla decomposizione dell'orina per la qual cosa la teoria del Petrone trovasi scossa dalle fondamenta..

La terapia col cloralio poi, durata per un mese, non portò alcun effetto specifico, ed il miglioramento lo attribuisce alla castrazione, senza però con questo ritenere doversi rigettare la cura del cloralio e del cloroformio, se questa ha giovato in alcuni casi. Rammenta le incertezze eziologiche di tal morbo, e quelle non minori che regnano nel criterio terapeutico poichè di fronte ai successi della castrazione contrappone altri casi guariti diversamente, fra cui non pochi di osteomalacia in donne nullipare, e taluni altri casi di osteomalacia maschile, nonchè i casi che non guarirono in onta alla operazione di Battey. Nè dimentica i successi avuti coll'olio di merluzzo, coi sali di calce, col fosforo, colla dimora all'aperto, oltre a quelli già ricordati col cloralio e col cloroformio. Crede che o la osteomalacia non riconosce una causa unica, ed allora bisogna ammettere diversi fattori eziologici (Bouchard), ovvero ritenendo una la causa, di cui ci sfugge la natura, è supponibile che trattandosi di malattia a lungo decorso, essa ne' suoi diversi stadi possa risentire l'effetto dei rimedi adoperati. Crede che la ipotesi del Petrone debba ancora essere studiata prima di essere completamente messa da parte.

DECIO.

Dott. ALFRED SCHOENWERTH. — **Ueber einen seltenen Fall von retroperitonealer Cyste** *(Di un raro caso di cisti retroperitoneale).* Contributo alla diagnosi differenziale dei tumori addominali. — *Münch. medicin. Woch.,* 1895, N. 2, pag. 28.

Il seguente caso studiato nella clinica chirurgica di Monaco merita di essere descritto, e per la sua rarità e per la molteplicità delle interpretazioni che possono darsi a' suoi sintomi.

Eccone la storia:

« Schiller Anna, di 30 anni, cameriera di Rosenheim, ricoverata nella clinica » il 18 Maggio 1894. Due anni fa, entrata nell'acqua per prendersi un bagno, vi

» fece una caduta battendo coll' estremità inferiore del tronco: insorsero rapida-
» mente dolori nei quadranti sinistri dell'addome, per cui la paziente dovette ri-
» manere a letto due giorni: ma da quel tempo soffrì sempre di dolori estrema-
» mente acuti localizzati alle regioni sopra indicate, dove, più tardi, incominciò
» pure ad avvertirsi il lento sviluppo di una tumescenza. Il tempo esatto del primo
» principio di essa l' ammalata non lo sa designare; però crede risalga a circa 6
» mesi dalla caduta fatta. Da circa mezzo anno notò una rapida recrudescenza
» nello sviluppo del tumore e nell'insorgenza, per lo più spontanea, dei dolori.

» Non soffrì mai disturbi da parte del canale digerente: tuttavia la donna
» afferma di essere, negli ultimi tempi, dimagrata: le mestruazioni si succedettero
» sempre regolarmente; è nullipara: prima dell'attuale malattia stette sempre bene,
» non ha gentilizio compromesso.

» *Stato presente:* condizioni generali buone. Nei quadranti sinistri dell'addome
» esiste una tumescenza, poco spostabile, del volume circa d'una testa di bambino,
» coperta dalla cute normale. Sorpassa, in alto, di circa un dito trasverso la cicatrice
» ombellicale: è limitata a destra della linea mediana: fra la tumescenza e l'arcata
» pubica, come fra la tumescenza e l'arco costale si possono liberamente insinuare
» le dita: ha forma sferica, consistenza dura, contorni nettamente delineati, poca
» mobilità sul suo punto d' impianto: alla percussione dà suono timpanitico.

» La distensione artificiale dello stomaco non modifica nè la forma, nè la po-
» sizione del tumore. Il fegato e la milza sono ben delimitabili colla percussione:
» insufflando aria nel retto il tumore non si fa più evidente: però aumenta il
» timpanismo, senza che si disegni più distinta la forma del colore.

» Utero piccolo, antiflesso, in posizione mediana, mobile: il tumore non par-
» tecipa della mobilità dell'utero: non è dimostrabile alcun cordone teso fra di
» essi: dal fornice sinistro si può col dito sentire la resistenza opposta del tu-
» more: premendo su di questo dall'esterno esso si spinge nel fornice stesso con
» un segmento elastico fluttuante. Non si palpa l' ovaio sinistro. Le orine sono
» normali. »

Tale sintomatologia si presta a diversissime interpretazioni. Avuto riguardo all'anamnesi che parla per l'origine traumatica della malattia, si dovrebbe anzitutto pensare ad *esiti di una contusione:* questa può produrre emorragie intraperitoneali: in determinate circostanze il sangue effuso può incapsularsi e dar luogo a veri tumori cistici, le *cisti sanguigne del mesenterio,* specialmente descritte da Hahn.

In secondo luogo i dolori così a lungo sentiti dall'ammalata dovrebbero richiamare la nostra mente a *processi infiammatori del peritoneo.* Si conoscono casi di rottura traumatica dello stomaco e dell' intestino, nei quali per un rapido incapsulamento delle materie fuoruscite si ebbe momentanea guarigione, e solo dopo anni incominciò l'ascesso ad aprirsi all'esterno e si stabilì un tragitto fistoloso. Possono anche risultarne degli essudati peritoneali saccati che hanno molta somiglianza colle cisti. Nel nostro caso tale diagnosi era da escludere, perchè contro di essa stavano, oltre lo stato di nutrizione dell'ammalata, il decorso afebbrile, il senso di resistenza poco spiccato offerto dal tumore, la sua forma rotondeggiante e regolare,

il suono timpanitico al di sopra di esso, la mancanza di aderenze fra esso e le pareti addominali.

Tanto meno poteva pensarsi a un *tumore derivante dall'intestino.* Siffatti tumori, specialmente quando hanno raggiunto un volume rilevante, ostacolano il passaggio delle sostanze fecali e danno fenomeni di stenosi intestinale. Nel nostro caso nulla di tutto ciò.

L'esame fatto dell'ammalata esclude ogni rapporto del tumore col fegato, colla milza, collo stomaco. S' impone invece la diagnosi differenziale rispetto alle *cisti ovariche.*

A favore di queste stanno la *forma* e la *consistenza* del tumore, la sua *posizione,* la *mancanza dell'ovaio,* del lato corrispondente all' esplorazione, e la circostanza che il *tumore poteva essere facilmente tasteggiato dal fornice.* Invece depongono in senso contrario; innanzi tutto, la *mancanza di un peduncolo* teso fra l'utero e la tumescenza; di poi, l'*aumento* della *risonanza timpanica* al di sopra di essa in seguito ad insufflazione d'aria nel retto; infine, la *impossibilità di trasmettere al tumore i movimenti impressi all'utero.* Però queste circostanze contrarie non hanno più valore quando si prendono in considerazione i *tumori ovarici a sviluppo infralegamentario,* specialmente non peduncolati. È bensì vero che in siffatti casi la tumescenza suole essere più o meno incollata all' utero, il quale ne viene sollevato e sospinto lateralmente da una parte o dall'altra e che niuno di tali fatti fu notato fra i nostri reperti: però si potrebbe supporre che in seguito alla posizione elevata raggiunta dal tumore nelle cavità dell'addome, il peduncolo sia stato stirato e reso così sottile da riuscire oltremodo difficile la sua dimostrazione. Anche l'obiezione che un tumore a così lungo peduncolo dovrebbe essere mobilissima, contrariamente a quanto si verifica nel nostro caso, cade, quando si supponga che i dolori accusati dalla paziente sieno dovuti a risentimenti infiammatori del peritoneo. Le aderenze che in tal caso si formano spiegherebbero da un lato la poca mobilità del tumore e dall'altro l'impossibilità di trasmettere ad esso i movimenti impressi all' utero: inoltre darebbero anche ragione dell' aumentato timpanismo al davanti della tumescenza in seguito all' insufflazione d'aria nel retto. Mentre, cioè, di solito, dato un tumore ovarico, si verifica che le anse intestinali si collocano al fianco o al di dietro di esso, possono al contrario, le aderenze influire per modo che l'intestino tenue e il colon vengono a porsi al davanti dell'ovaio. Che il tumore, malgrado il suo volume relativamente notevole per una cisti ovarica, desse così pochi disturbi, è spiegato dalla sua posizione all' infuori del piccolo bacino: esso così aveva campo di allargarsi senza comprimere altri organi, cosa che non sarebbe stata possibile se il tumore si fosse innicchiato nella pelvi. Non si deve infine dar soverchio valore all' anamnesi che depone per l' *insorgenza traumatica del tumore:* potrebbe darsi che il trauma avesse semplicemente chiamato l' attenzione della paziente su un' alterazione che preesisteva già.

Però, malgrado la diagnosi di cisti ovarica si presenti sorretta da tali considerazioni, riesce sempre strano che in seguito a insistente esame, fatto anche nella narcosi cloroformica, non si sia mai potuto dimostrare un cordone o peduncolo teso fra l'utero e il tumore.

Poichè insufflando aria nel retto si aumentava il timpanismo al davanti del tumore, era ragionevole pensare che questo fosse retroperitoneale. E l'organo che in tal caso primo si affaccia alla mente come possibile sede è il *rene,* naturalmente, però, un rene spostato, giacchè il tumore arrivava in alto poco oltre la cicatrice ombellicale e non esistevano rapporti fra esso e le regioni renali. Poteva trattarsi di un semplice *rene migrante:* per tale ipotesi starebbero il *sesso femmineo, l'insorgenza traumatica* della malattia, le *sofferenze relativamente lievi:* invece renderebbero tale diagnosi inverosimile la *forma* del tumore, che non richiamava quella di un rene, e la *poca mobilità,* caratteristica dei reni migranti, essendo la grande spostabilità per cui possono molto facilmente migrare dal fegato al piccolo bacino.

Esclusa però l'ipotesi di un semplice rene migrante, non è egualmente esclusa quella di un *rene migrante associato a degenerazione maligna o cistica.* Tale associazione si presenta anzi con certa frequenza e trova la sua spiegazione nel traumatismo cui è continuamente sottoposto un rene migrante.

Così, supposto un rene migrante colpito da *carcinoma,* si spiegherebbero la forma alterata dell'organo e la sua relativa fissità, che sarebbe determinato da aderenze orditesi per infiammazione reattiva. Infatti il carcinoma renale si presenta sempre sotto forma di tumori molto bernoccoluti, di consistenza dura: però vi si possono trovare anche alcuni punti che accennano ad una vera fluttuazione.

I sintomi che deporrebbero pel carcinoma renale e che mancherebbero sul caso nostro, sarebbero: l'*ematuria,* la *cachessia* propria dei carcinomatosi, i *dolori alle regioni renali:* peraltro anch'essi non hanno un valore assoluto. La cachessia non sopravviene spesso che negli ultimi mesi della vita. D'altra parte anche l'*età* renderebbe dubbiosa la diagnosi, in quanto il carcinoma renale può incominciare in età assai precoce, fino dal decimo anno di vita, per ripresentarsi poi intorno al cinquantesimo anno, saltando l'età di mezzo. Anche il *sarcoma renale* può svilupparsi nei primi 6 mesi di vita.

Sopratutto merita di essere discussa l'ipotesi di un'*idronefrosi* che suole bene spesso associarsi al rene migrante pel fatto degli stiramenti e delle torsioni che l'uretere subisce: inoltre già più di una volta si scambiò l'idronefrosi con cisti ovariche. Nel nostro caso la poca mobilità della tumescenza, potrebbe essere data da aderenze di origine infiammatoria stabilitesi fra le pareti della cisti e gli organi circostanti; la fluttuazione potrebbe mancare per lo stato di ripienezza della cisti stessa; i reperti uroscopici normali non parlerebbero contro tale diagnosi più del potersi palpare la tumescenza dal fornice: anche nell'idronefrosi, infine, possono aversi sofferenze lievi.

Nè, meno che all'idronefrosi dovrebbesi pensare ad una *cisti da echinococco* sviluppatasi in un rene migrante e discesa con questo nel piccolo bacino: anche tali cisti formano tumori rotondeggianti, fluttuanti od elastici: il fremito idatideo vi si può provocare non più raramente che nelle cisti da echinococco epatico.

Una *pionefrosi* poteva sinceramente escludersi fin da principio, parlando contro l'esistenza di una grossa cisti a contenuto suppurato tutto il decorso della malattia, la mancanza della febbre, i reperti urologici, l'anamnesi.

Malgrado i numerosi sintomi che accennavano a un rene spostato e divenuto punto di partenza del tumore, non si potè mai colla palpazione della regione renale ottenersi quel senso tattile di mancante resistenza che si suole avere per l'assenza dell'organo dal suo posto normale.

I tumori prodotti dalla *degenerazione cistica delle ghiandole peritoneali* sono molto rari, e appena appena si possono diagnosticare. La loro mobilità è variabile a seconda della posizione che hanno nell'addome: più sono vicini all'intestino e più sono mobili: quelli del lato destro spingono innanzi a sè il cieco, quelli di sinistra compiono le loro escursioni fra le pagine mesenteriche dell'S iliaca. La loro diagnosi, come quella delle *cisti dermoidi retroperitoneali,* può farsi solo colla laparotomia esplorativa. Una cisti di tale natura fu, in un caso narrato da Frank, diagnosticata come cisti ovarica.

Tumori siffatti possono anche essere considerati come *cisti mesenteriche.* È a proposito di questa ultima che devonsi specialmente ricordare le cisti a contenuto emorragico, originata da traumi, di cui una fu operata da Hahn. Per dirla in breve trattavasi di un tumore a forma rotondeggiante, di consistenza elastica fluttuante, coperto dall'intestino; « a donna in posizione verticale esso trovavasi lungo la linea mediana, un po' verso destra, fra la cicatrice ombellicale e la sinfisi pubica. » (Hahn). Del resto per le cisti mesenteriche si nota una grande mobilità, maggiore anche di quella dei reni migranti: però essa potrebbe anche essere abolita in causa di aderenze peritoneali, come era il caso del tumore operato da Löhlein.

Restano infine le *cisti pancreatiche.* Trattasi in tali casi di tumori, per lo più dell'epigastrio, che poco risentono dall'influenza dei movimenti respiratori ed hanno talora origine da traumi. S'è approfittato della loro situazione fra lo stomaco e il colon per raccogliere dati diagnostici precisi rigonfiando artificialmente questi due organi, giacchè il tumore viene ad esserne ricoperto per un maggior tratto e finisce collo scomparire. Ma ciò non vale per tutti i casi, e i risultati dell'esame possono variare a seconda del punto del pancreas da cui trasse origine il tumore. In generale deve dirsi che i sintomi di tali cisti sono incerti: però col tempo sopravvengono disturbi caratteristici delle funzioni intestinali, dimagramento generale e le così dette coliche pancreatiche.

Nel nostro caso la mancanza di tali sintomi e il fatto del trovarsi il tumore

al di sotto dall'ombellico e di non lasciarsi menomamente influenzare dall'insufflamento dello stomaco, parlavano francamente contro l'ipotesi di una cisti pancreatica: però il caso di cisti pancreatica narrato dall'Hersche mostrerebbe che la posizione e i sintomi del nostro tumore non escludono assolutamente neppure tale diagnosi. In quella storia è detto che la cisti era appunto situata nel quadrante addominale inferiore sinistro, che aveva spinto l'utero a destra, che era palpabile dai fornici: mancavano completamente i sintomi propri delle cisti pancreatiche.

Non si ricorse alla *puntura esplorativa,* a questo mezzo diagnostico che ebbe, principalmente qualche tempo fa, una larga applicazione. Essa non è affatto esente da pericoli: può ledere l'intestino, portare nella cavità facilmente i germi del tumore, disseminare il contenuto delle cisti, e, d'altra parte, non sempre dà risultati positivi, quand'anche non induce in errore. Invece la *laparotomia esplorativa,* eseguita con tutte le cautele antisettiche, è un mezzo diagnostico più diretto e meno pericoloso, che ha il grande vantaggio di porci sott'occhio l'alterazione che vogliamo conoscere e i suoi rapporti cogli organi addominali. Si è quindi assolutamente autorizzato, nei casi dubbiosi, a sostituire la laparotomia esplorativa alla puntura.

Partendo da tale concetto, si procedette infatti il giorno 1 Giugno 1884 alla laparotomia. Si potè così dimostrare che il tumore non era situato nella cavità del peritoneo ma che era retroperitoneale, essendosi sviluppato nell'ipocondrio sinistro, in vicinanza del rene. Gli organi genitali erano perfettamente normali; non mancava neppure l'ovaio sinistro. Per risparmiare al peritoneo una seconda lesione si pensò di differire l'estirpazione del tumore e si suturò la ferita laparotomica, che era già guarita il giorno 12 di Giugno, *per primam,* senza alcuna reazione infiammatoria.

Un quesito da risolvere nella cura chirurgica dei tumori retroperitoneali è se debbasi ricorrere alla laparotomia o all'incisione lombare. La laparotomia ha il vantaggio di permettere ad un tempo di completare la diagnosi e condurre a termine l'intervento operativo: inoltre i seguaci di tale metodo sostengono ch'esso rende possibile un migliore orientamento; che risparmia lesioni degli organi vicini a quelli colpiti dall'affezione che si vuol guarire; che permette di esportare la cisti o d'aprirla suturando poi la parete addominale e mettendo in posto un tubo di drenaggio. Frank vorrebbe limitata la sezione lombare nei tumori retroperitoneali solo a quei casi nei quali si sospetta un contenuto purulento.

Però, malgrado tali osservazioni, devesi concedere che, a parità di esito, meriterà la preferenza quel metodo che non richiede l'apertura del peritoneo: tanto più che un ottimo orientamento può anche ottenersi, indipendentemente dalla laparotomia, colla incisione lombare di König.

« Partendo da questo concetto operativo, s'intrapprese il 22 Giugno 1894, » l'ablazione del tumore, attraverso la breccia lombare indicata da Simon: isolata

» ed aperta la capsula del rene, ed introdotta in essa il dito esploratore, si potè
» accertare che il rene stesso trovavasi in posizione normale e non era alterato,
» e che, invece, al di sotto dell'organo erasi sviluppato un voluminoso tumore, non
» accessibile dall'incisione fatta. Si suturò quindi la capsula del rene e si fece
» un'altra incisione verticale alla prima, l'incisione trasversale di König; si di-
» varicarono le masse muscolari, si allontanò il peritoneo; in tal guisa si mise in
» evidenza un grosso segmento del tumore, coperto da sottile strato muscolare. La
» puntura di esso diede esito a liquido torbido, gialliccio, grumoso. Inciso il tu-
» more (per una lunghezza di 5 cm. circa), tale liquido affluì in grande quantità,
» e il dito esploratore potè riconoscere una cavità limitata da pareti solide, grosse
» circa 5 mm., nello spessore del muscolo ileo-psoas di sinistra e aderente con
» esso. Si introdusse un drenaggio, si suturò la ferita del muscolo e si ricucì la
» cute, eccezione fatta dell'angolo inferiore del quale si approfittò per collocare il
» drenaggio.

» Le ricerche fatte sul liquido estratto diedero i seguenti reperti: reazione
» alcalina, presenza di gruppi di cellula degenerata adiposamente, di numerosi
» cristalli di colesterina. Le indagini batteriologiche furono completamente negative.

» Non s'ebbe guarigione *per primam,* il decorso posto-perativo fu disturbato
» da un processo suppurativo perirenale, che rese necessaria una riapertura della
» primitiva ferita in quindicesima giornata. Si evacuarono così circa 3 cucchiai di
» pus giallo cremoso.

» L'ammalata non potè essere dimessa che il 24 Novembre 1894, a causa della
» diuturna suppurazione che aveva indebolito le sue forze. L'incisione lombare era
» guarita perfettamente; non ne rimaneva che una piccola zona, larga come una
» moneta da 20 centesimi, granuleggiante; da essa partiva un tragitto fistoloso,
» da cui gemeva poco liquido. La paziente era afebbrile, ed aveva molto guada-
» gnato nelle condizioni generali. »

I dati dell'operazione e i reperti microscopici autorizzano a pensare che si trattasse di un caso di *ematoma del muscolo ileo-psoas.*

Ematomi dei muscoli accadono spesso per rottura sottocutanea del retto addominale in seguito a sforzi esagerati. Così possiamo ammettere nel nostro caso che nell'istante nel quale la donna cadde nell'acqua il muscolo ileo-psoas dovette contrarsi violentemente, subendo più o meno estesa lacerazione delle sue fibre. Il sangue stravasato non si riassorbì, si incapsulò, e andò incontro poi, nell'interno della cisti, all note trasformazioni che in tali casi esso suole incontrare.

Non mi venne fatto di riscontrare nella letteratura casi analoghi al mio. La maggior somiglianza con esso ci è offerta dalle così dette cisti sierose retroperitoneali, formazioni cistiche di forma rotondeggiante, a pareti solide, ma sottili, giacenti in prossimità dei reni ed originanti, secondo Przewoski, dai corpi di Wolff

e di Müller. Aderiscono agli organi circostanti per un tessuto connettivo lasso, si lasciano facilmente snucleare, hanno un contenuto sieroso limpido in cui nuotano più o meno numerose particelle solide.

Di tali cisti non trattasi certamente nel caso nostro: contro d'esse stanno i reperti microscopici che si riferiscono al liquido estratto dal tumore, la spessezza delle pareti, l'ubicazione fra le fibre muscolari dell'ileo-psoas.

L'A., infine, ringrazia vivamente il prof. Angerer che gli permise di pubblicare il caso.

Dott. Luigi Villa.

NOTIZIE

La Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia a mezzo della sua *Commissione esecutiva* ha dato incarico al Dott. M. Pazzi di redigere l'indice bibliografico di tutti i lavori di Ostetricia e di Ginecologia pubblicati in Italia negli anni 1893 e 94. Il lavoro promette di riuscire del massimo interesse scientifico, e verrà condotto con le medesime norme di quello che il sullodato Dottore presentò al 1.° Congresso della Società nell'Ottobre decorso e che ottenne il plauso di tutti gli intervenuti. Si pregano pertanto gli Autori di lavori sull'Ostetricia e la Ginecologia d'inviarne copia al *Dott. Muzio Pazzi, Via S. Vitale, 39, Bologna.*

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVII. Aprile 1895. Num. 4.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Su alcune norme profilattiche per l'esercizio pratico della ostetricia

PEL
Prof. L. M. BOSSI
Libero Docente di Ostetricia e Ginecologia all'Univ. di Genova
Direttore della R. Scuola di Ostetricia di Novara

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-4 JUN 95
LIBRARY

COMUNICAZIONE ALLA R. ACCADEMIA MEDICA DI GENOVA
(Seduta del 25 Marzo 1895).

È da tutti i sanitari risaputo quale notevole differenza esista fra l'esercizio ostetrico, che si pratica negli Istituti Clinici e di Maternità e quello che devesi esplicare a domicilio, sia nella classe dei diseredati dalla fortuna, che negli ambienti agiati o ricchi.

Nè esito ad affermare che il più delle volte il giovane sanitario lanciato dalla scuola nell'arringo professionale prova le più serie disillusioni quando, abbandonato a sè, senza il maestro od il collega che lo consigli, a cui si confidi e col quale condivida il peso della responsabilità, circondato da persone incompetenti, inette spessissimo anche alla più elementare assistenza, ma in preda per la circostanza a grave patema d'animo se non imbevute anche di strani pregiudizii, che inceppano l'azione del chirurgo, deve d'urgenza in base unicamente alla breve e poca esperienza sua e più ancora al criterio proprio personale, affrontare casi gravi ove due esistenze trovansi affidate alla di lui capacità tecnica. Indubbiamente è questo il ramo della medicina pratica nel quale maggiormente devesi sentire, non dico l'opportunità e l'utilità, ma la necessità di diffondere il più che sia possibile quelle utili cognizioni e norme cliniche le quali sono il risultato dell'esperienza fatta non solo negli Istituti Clinici e di Maternità, ma a domicilio ed in particolare modo nel tugurio del povero.

E ciò è quanto ora mi propongo, sorretto dall'esperienza di 10 anni di esercizio clinico-ostetrico svariatissimo presso cliniche, quale assistente e poi quale Direttore, ed a domicilio quale Consulente tecnico e Direttore della Guardia Ostetrica permanente di Genova, che trovasi ora al suo quinto anno di vita attivissima.

Già di questo argomento ebbi ad occuparmi ed il movimento clinico sempre in aumento ed i risultati ognora più favorevoli che ci è permesso registrare nell'accennata Istituzione, e che quale prova dell'esperienza clinica a domicilio su cui assai si fondano le presenti considerazioni qui riporto (Vedi Tavole I.ª e II.ª), sono dati che credo dovrebbero co-

TAVOLA I.ª

Guardia Ostetrica dal 31 Gennaio 1891 al 31 Gennaio 1895.

Anno	Numero delle chiamate	N.° delle visite a domicilio	Operazioni		Totale delle operazioni	Totale prestaz. a domicilio	Casi di febbre puerper.
			Manuali	Istrument.			
1891	102	498	31	58	89	600	zero
1892	228	900	71	88	159	1128	zero
1893	287	1200	68	87	155	1487	zero
1894	344	1720	84	104	188	2064	zero

TAVOLA II.ª

Operazioni.

Rivolgim. classico	N. 58	Riduzione d'utero incarcerato .	N. 25
» per manovre esterne	» 6	Raschiamento per residui ovulari	» 61
» per manovre miste .	» 1	Provocaz. parto metodo Krause .	» 15
Estrazione manuale di feto . .	» 52	» » » Bossi .	» 40
» di placenta . . .	» 115	Perineorafia	» 30
Applicazione di forcipe . . .	» 170	Craniotomia cranioclastia . . .	» 6
» uncino acuto . .	» 2	Taglio cesareo	» 7
» uncino ottuso .	» 2	Sinfisiotomia	» 1

stituire per sè stessi la miglior riprova di quanto nella relazione fatta nel decorso anno « Sulla profilassi ostetrica a domicilio, Rendiconto del

3.° anno di funzionamento della Guardia Ostetrica di Genova, 1893 » asserivo, concludendo in essa:

1.° « Dalle statistiche offerte da Genova oltrechè da Milano e da qualche grande centro estero si è condotti a ritenere che l'Istituzione di Guardie Ostetriche permanenti aventi per iscopo il soccorso gratuito a domicilio delle partorienti povere, è il miglior mezzo di profilassi contro la febbre puerperale e contro la notevole mortalità dei feti in sopraparto.

In Genova infatti, dove tale istituzione esiste, l'infezione puerperale miete maggior numero di vittime fra le famiglie dei ricchi dove la Guardia Ostetrica non estende la sua azione, che non fra le famiglie povere presso le quali il suo soccorso è richiesto.

2.° Tale istituzione inoltre rende possibile anche in ambienti i meno proprii ed i più igienicamente e socialmente miseri, atti operativi d'urgenza i più gravi, quando assai pericoloso e fatale sarebbe sia l'attendere sia il trasporto della paziente negli Istituti di Maternità.

Informino a tale riguardo, oltre a numerosissimi altri interventi (403 con zero casi di infezione), quattro operazioni cesaree con esito felice eseguite a domicilio per indicazioni di grave urgenza dalla Guardia Ostetrica di Genova, ove nessun atto operativo di tal genere a domicilio era mai stato prima coronato da successo.

3.° Le Guardie Ostetriche permanenti, senza riuscire d'alcun aggravio finanziario nè per i Municipii, nè per le Provincie, nè per il Governo, presentano un materiale di lavoro e quindi di soccorso d'assai superiore per numero ed entità a quello fornito dagli istituti di Maternità.

È quindi a desiderarsi che nella distribuzione dei servizi sanitarii cittadini le istituzioni di beneficenza, i Municipii e le Provincie, devolvano alle Guardie Ostetriche dove esistono (istituendole ove non esistono), il servizio ostetrico e ne aiutino l'incremento, essendo provato quanto pericoloso possa riuscire la promiscuità degli altri servizi sanitarii col servizio ostetrico, e quindi dell'intervento dello stesso sanitario in date ore di guardia indifferentemente per casi ostetrici come per comuni casi medico-chirurgici.

In tale relazione però, come si può rilevare da dette conclusioni, io considerai la profilassi ostetrica a domicilio sotto un punto di vista direi unilaterale, quello cioè della utilità della fondazione nei grandi

centri e dell' esercizio clinico delle Guardie Ostetriche per l' assistenza gratuita delle partorienti povere a domicilio.

È mio intento ora, avendo per base l' esperienza fornitami dal materiale clinico che posseggo, di occuparmi brevemente dell'intervento del sanitario a domicilio per indicazioni ostetriche.

Non è certo qui opportuno nè adatto esporre regole o metodi che si addirebbero piuttosto ad un manuale e richiederebbero evidentemente ben altra mole di lavoro. All' incontro mi soffermerò unicamente a trattare alcuni fatti, alcune questioni che mi sembrano non a sufficienza in generale conosciuti e vagliati, nè abbastanza discussi, ed il cui esame e la diffusione dei razionali concetti che la riguardano ritengo poter essere utili per l'esercizio ostetrico.

I.° GRAVIDANZA.

Dando uno sguardo alle complicanze in gravidanza ci risultano in questi ultimi due anni fra le storie cliniche 59 casi di *lesioni di continuo del muso di tinca e del canale cervicale.*

Le lesioni di continuo del muso di tinca e del canale cervicale si presentano quindi in realtà con maggior frequenza di quanto si ammetta. Dico in realtà, perchè le statistiche da cui in generale si desumono le percentuali di tali complicanze, sono fornite da Istituti di Maternità, ove le pazienti raramente ricorrono per tali forme patologiche.

I disturbi infatti che questi provocano non sono notevoli finchè perdura la gestazione, limitandosi a leucorree più o meno abbondanti, a dolori sacro-lombari, a denutrizione varia dell' organismo, fenomeni questi che il pubblico, e, ben soventi, anche il sanitario, tengono a giudicare fatti concomitanti abituali ma esagerati in gravidanza.

Lungi quindi dal chiedere di essere ricoverate nelle sale ospitaliere, tali pazienti rimangono a domicilio frequentando piuttosto gli ambulatorii.

Veritiere statistiche quindi al riguardo e giusti apprezzamenti sulla loro frequenza possono solo essere dati da istituzioni che, come le Guardie Ostetriche, abbiano per scopo gli interventi ostetrici a domicilio, e dai dispensari ostetrico-ginecologici.

La considerazione precipua che io desidero di fare si è che nei due

terzi dei casi di tali complicanze si accompagna minaccia di aborto o di parto prematuro, e che i dati anamnestici assunti sulle singole pazienti fanno razionalmente pensare che siavi una speciale tendenza in dette lesioni a ripresentarsi ad ogni gestazione.

I seguenti dati lo proverebbero infatti:

Sui 59 sopracitati nostri casi, 47 pazienti erano pluripare, e delle pluripare 34 avevano avuto aborti o parti prematuri.

Orbene solo in 3 su 59 casi non si potè evitare l'interruzione della gravidanza.

Ne viene quindi di conseguenza un secondo corollario e cioè, che un trattamento razionale di tali soluzioni di continuo, oltrechè togliere i relativi disturbi conducendole a cicatrizzazione, riesce anche eminentemente profilattico contro l'aborto ed il parto prematuro anche abituali.

Il trattamento quale venne sempre da me suggerito e seguito nelle nostre pazienti è il seguente:

1.° Leggiere cauterizzazioni fatte a mezzo dello *speculum* vaginale delle soluzioni di continuo con tintura di jodio puro o con acido pirolegnoso, o con cloruro di zinco (al 30 per 0[0) o con acido fenico (al 25 per 0[0 in alcool), ripetute due o tre volte coll'intervallo di 10 giorni.

2.° Lavature vaginali (una al giorno od ogni due giorni, secondo la gravità del caso), con soluzioni o di borato di soda al 3 0[0 o di creolina, o di bicloruro d'idrargirio al 1 per 3000, introducendo ogni volta non più di un litro di soluzione ed avendo la precauzione di dare al getto il *minimum* di pressione, sufficiente però a detergere tutto il fondo della vagina.

3.° Spolverizzazioni fatte a mezzo dello *speculum* vaginale delle lesioni con una miscela di salol, jodol, e magistero di bismuto in parti eguali.

Devonsi questi trattamenti proseguire, accompagnandoli di adatto riposo sia sessuale sia muscolare, finchè non appaia completa cicatrizzazione.

Sulla causa e sulla entità patologica di queste complicanze, nulla si può finora in modo assoluto affermare.

Certo deve avere influenza il trauma prodotto dal coito. Essendo la mucosa del collo durante la gravidanza in preda ad iperemia passiva, lieve trauma può bastare a produrvi lesioni. Il fatto poi che se ne ha

cicatrizzazione con sostanze disinfettanti e con qualche caustico dovrebbe far pensare ad elementi infettivi. Dalle esperienze fatte coi *secreti* delle lesioni di nove dei nostri casi nel laboratorio di Igiene diretto dal professor Canalis, sia con colture sia con inoculazioni nelle cavie, non risultò manifesta l'esistenza di microorganismi patogeni noti. Gli studii a tale riguardo del dottor Kronig sull'azione antibatterica del secreto vaginale nelle gravide, hanno molto interesse e mi riservo di esporne esperimenti di controllo.

La retroversione dell'utero in gravidanza è pure una complicanza abbastanza frequente. In questi ultimi due anni se ne ebbero 20 casi.

Non credo opportuno di molto insistere su questa distocia; dirò riferendomi a quanto già scrissi, che nei casi di retroversione e retroflessione dell' utero havvi in oggi forse una tendenza esagerata ad una condotta d'*aspettazione,* per il fatto, che talora si osserva che l' utero, man mano che aumenta di volume pel progredire della gravidanza, spontaneamente si innalza e si porta nel grande bacino.

Ammetto perfettamente, che quando trattasi di leggiere retroflessioni e retroversioni convenga attendere pur sorvegliando la paziente. Ma quando tali anomalie di forma e di posizione dell' utero gestante sono alquanto accentuate, sembrami che il bivio che si offre al raziocinio dell' ostetrico sulla condotta da tenersi sia troppo ovvio perchè non prenda una decisione. Infatti: o si interviene riducendo subito l' utero nella posizione normale ed applicando un adatto pessario; ed in questo caso noi sappiamo dalla esperienza che, non solo la paziente non ne soffre punto, non solo non si compromette la continuazione della gravidanza, ma si libera come d' improvviso l' ammalata da serii disturbi presenti (dolori sacro-lombari, difficoltata deambulazione, difficoltata missurizione e defecazione, ecc.) e che man mano sarebbero andati crescendo, e si toglie anco il pericolo di un aborto da tali cause provocato; una numerosa statistica a prova di ciò potrei presentare deducendola dai registri dell' ambulanza che dirigo. Oppure l' ostetrico, dichiarandosi prudente, aspetta, ed allora può accadere: o che, dopo aver tenuta la gestante in riposo, sorvegliata continuamente, rassegnata a soffrire finchè la natura provveda, l' utero si porti spontaneamente in posizione normale, e questa sarebbe la buona soluzione; o che coll' aumentare del volume e del peso dell' utero, la retroversione e la retroflessione si esagerino,

e, dopo parecchi o molti giorni di sofferenze, si debba con *serie difficoltà* decidersi a ridurre l'utero incarcerato applicando successivamente un pessario, quando però non intervenga l'aborto, o che si debba questo provocare per irriducibilità dell'utero.

Pur ammettendo quindi, ciò che a tutti è noto, che l'utero gravido retroflesso e retroverso, può spontaneamente (e sovente ciò accade) portarsi in alto, non trovo razionale una condotta di quasi metodica aspettazione, che espone sempre a sofferenze prolungate, e talora a serii pericoli, quando e sofferenze, e pericoli, e l'ansietà dell'attesa si possono *d'emblée* togliere con un intervento innocuo; la riduzione e la applicazione di adatto pessario.

Ricordo d'aver letto a tale riguardo nella *Gazzetta degli Ospedali* del 1892, raccontato come interessante e come esemplare un caso in cui la gestante che, per trovarsi l'utero incarcerato, sentendosi in preda a forti sofferenze, quali i dolori sacro-lombari, la deambulazione quasi impossibilitata, impossibilitata orinazione, ecc., ricorreva al clinico per essere soccorsa, veniva da questi lasciata in *istato d'aspettativa* dalla sera al mattino, finchè al mattino riscontrossi che l'utero spontaneamente era salito nel grande bacino.

Ma — è a chiedersi — era regola che spontaneamente si riducesse? E di fronte al dubbio che ciò non accadesse, si è autorizzati ad imporre ad una paziente, che chiede il nostro soccorso, un'attesa, una condotta passiva che equivale ad una continuazione delle sofferenze, e, ad un aggravarsi dei pericoli già esistenti, quando con un innocuo intervento si può rapidamente mettere la gestante in condizioni normali? Su tali 20 casi a cui potrei aggiungere un notevole numero di pratica privata, solo *due* abortirono, notandosi però che nei due terzi di essi trattavasi di pazienti che avevano avuto già ripetuti aborti.

Complicanze mediche. — Sorvolando sulle varie malattie quali possono essere la febbre tifoide, il vaiolo, il colèra, il morbillo, la scarlattina, le lesioni polmonari non d'indole tubercolare, per le quali gli esiti possono desumersi da qualsiasi manuale, ed il trattamento deve essere in generale aspettante, mi soffermerò sulle *malattie cardiache, sulla tubercolosi* e *sull'eclampsia albuminurica.*

Cardiopatie. — Non è necessario ch'io ripeta l'oramai ben noto assioma che « alle cardiopatiche dovrebbesi sconsigliare il matrimonio;

se maritate dovrebbesi evitare la gestazione; se in stato di gestazione necessita speciale sorveglianza durante tutto il periodo, e quando il parto sia avvenuto conviene ancora si impedisca l'allattamento. »

È questa una vera legge per le pazienti affette da vizi cardiaci, legge ammessa e sostenuta dai più autorevoli ostetrici quali il Morisani, il Porro, il Mangiagalli, ecc., ed all' estero lo Scroeder, il Braun, il Tarnier, ecc.

Evidentemente l'esperienza clinica dimostrò come i fenomeni della funzione della riproduzione assai dannosamente influiscano sulle cardiopatiche, ed i molteplici disastri che esistono nella letteratura ostetrica lo dimostrano. Se si considera d' altronde la notevole idroemia a cui trovasi in preda la gestante, facilmente ci persuadiamo come un cuore viziato male resista a sostenere l' aumentato lavoro circolatorio.

Tubercolosi polmonare. — È opinione inveterata trascritta e, come pur sovente accade, ricopiata da manuale in manuale, che la tubercolosi polmonare sia fatalmente influenzata dal puerperio.

Tale concetto non si formò a caso nella mente dei clinici, ma fu la conseguenza del fatto che la statistica diede sempre e dà tuttora una notevole mortalità nelle tubercolotiche dopo il parto.

Il ragionamento sembrava ovvio: le pazienti tubercolotiche resistono discretamente durante la gravidanza, sopravivono alle fatiche del parto ma poi nel puerperio, a varii giorni di distanza dal parto, soccombono. Ergo, il puerperio ha un' influenza dannosa su tale forma. Egli è facile comprendere come la deduzione possa essere erronea perchè erronea l' interpretazione dei fatti.

Sta invero che molte donne tubercolotiche soccombono nel puerperio dopo trascorsa abbastanza bene la gravidanza, ma tale esito non devesi punto mettere a carico alla influenza propria (del resto accennata nella sua indole dagli autori) del puerperio, ma sibbene devesi attribuire alle speciali condizioni fisiche in cui il parto lascia l'organismo della donna.

Perdita notevole di sangue (per quanto fisiologica), depauperamento forte delle energie per il lavoro sempre grave (e tanto più per una tubercolotica) del parto, costituiscono già per sè stessi due elementi, che chiaramente ci dimostrano come l'organismo rimanga dopo il parto meno resistente a qualsiasi forma morbosa. Se quindi una gestante potè resistere per nove mesi in stato tubercolare senza notevoli incidenti, con

nessuno o lievi aggravamenti, è facile comprendere che dopo il parto, trovandosi terreno meno resistente, trovisi facilmente soprafatta dall'elemento tubercolare e ne diventi vittima. Dobbiamo quindi modificare le nostre opinioni su questa complicanza e ritenere, che gli esiti fatali nelle tubercolotiche durante il puerperio sono effetto, non già di un' influenza propria (incognita d' altronde) del puerperio, ma dello stato di minor resistenza in cui rimane l'organismo a causa del parto.

Di conseguenza ne viene quale corollario che l' ostetrico è autorizzato nelle tubercolotiche a premunirsi contro tale evento e cioè ad abbreviare la gravidanza per modo che la paziente possa più facilmente sopportare e riparare alle perdite vitali del parto, e quindi a provocare sia l'aborto, sia il parto prematuro quando le condizioni della paziente sono ancora relativamente buone.

È questa l'opinione che va facendosi strada fra i clinici e che è ad augurarsi trionfi. — Gli scrupoli per il prodotto del concepimento d'altronde, ove si consideri che il futuro organismo, sarà pure destinato alla tubercolosi, diventano molto discutibili. La scelta della modalità d' interruzione della gestazione, in questi casi evidentemente dovrà avere per mira di ottenere la maggior brevità possibile, esponendo l'ammalata pure a breve travaglio, ed a tale scopo non credo inopportuno suggerire il mio metodo, della dilatazione cioè meccanica del collo. In tale intervento quindi noi abbiamo un mezzo serio di profilassi contro la mortalità certo notevole delle tubercolotiche in puerperio.

Eclampsia. — Per rapporto a questa distocia ripeterò quanto già scrivevo nel decorso anno.

Furonvi 5 casi di eclampsia; esponevo allora, che tutti si presentarono abbastanza gravi.

L'oppio coi suoi derivati, il cloralio particolarmente per clistere ed il cloroformio sono i mezzi terapeutici in uso presso la nostra Istituzione avanti ricorrere a interventi operativi. Dimostrandosi tali mezzi insufficienti si ricorre alla provocazione artificiale del parto; ed è particolarmente questa l' indicazione all' uso del dilatatore meccanico.

Ricordo ancora come il Schauta suggerì nei casi gravi di eclampsia di giungere al taglio cesareo, ch'egli eseguì tre volte per simile indicazione, sempre però in clinica.

Credo esagerata tale proposta e affatto sconsigliabile a domicilio

la dilatazione meccanica fino ad oggi d'altronde diede tali risultati nei casi d'eclampsia da rendere, credo, vana ogni discussione in proposito.

Nè mi soffermo a dimostrare i ben più gravi inconvenienti a cui espongono le incisioni profonde del collo suggerite dal Dührssen e dal Vitanza, particolarmente a collo non ancor accorciato e in primipare, di fronte all'applicazione del dilatatore.

In due di dette pazienti le condizioni si presentavano tanto gravi, che necessitò in fatti il parto forzato.

Entrambe abitavano lontano da Genova e cioè una a Voltaggio sotto le cure del dott. Barco, l'altra a Quarto al Mare sotto le cure del dottor Merlini. È inutile affermare come quei due distinti sanitarii avessero con zelo e intelligenza tentato invano tutti i mezzi terapeutici.

Il parto forzato col dilatatore metallico, fatto quando altra risorsa più non eravi, salvò le due madri.

II.° SOPRAPARTO, PARTO E SECONDAMENTO.

L'intestino e la vescica. — Richiamerò anzitutto l'attenzione sull'opportunità non mai a sufficienza riconosciuta di provvedere a che la partoriente abbia intestino e vescica vuoti. Sono frequentissimi (ed a chiunque abbia per poco pratica ostetrica ne saranno occorsi), i casi in cui con un clistere evacuante si ottenne la spontanea espulsione del feto quando già tutto sembrava ne indicasse d'urgenza l'estrazione artificiale.

Già il volgo, che empiricamente invero ma non sempre erroneamente legge nel gran libro dell'esperienza, ebbe ed ha la convinzione che sia utile nell'ultimo mese somministrare alla gestante dell'olio.

Ed in realtà se questo è un pregiudizio, per rapporto allo scopo che si prefigge, ridicolo, di tenere quasi direi soffici, più elastiche le parti per cui deve passare il feto, non lo è invero se si considera l'effetto vero che è quello di tenere libero l'intestino per l'avvicinarsi del parto.

La raccolta di feci nell'intestino durante il sopraparto agisce dannosamente per via meccanica e per via chimica.

Meccanicamente perchè, se la raccolta trovasi nell'ultima porzione dell'intestino, evidentemente restringe la parte libera del canale pelvico e quindi rende più difficoltoso il passaggio delle parti fetali; non sono

rare a tal riguardo le fistole retto-vaginali conseguite a tali complicanze. Chimicamente perchè, da numerose osservazioni ch'io feci nell' intestino, provoca unitamente a diminuzione di tutte le energie dell' organismo notevole inerzia dell'utero, ciò forse per assorbimento di ptomaine e leucamaine.

Lo stesso, e con dimostrazione più evidente, dicasi per rapporto alla ripienezza della vescica. Lo svuotamento di questa soventi evita un' applicazione del forcipe nonchè la formazione di fistole *vescico-vaginali* o *vescico-cervicali.*

È quindi da ritenersi che *sempre avanti intervenire con artificiale estrazione del feto debbasi esperire i mezzi opportuni a svuotare l'intestino e la vescica.*

Ciò premesso occorremi pure tosto osservare *che non è neppure opportuno il permettere, che il sopraparto sia eccessivamente lungo.*

In tesi generale un sopraparto troppo prolungato, oltrechè esporre la paziente a tante sofferenze, porta per conseguenza inerzia dell' utero sia per l'espulsione del feto, sia pel secondamento, pericolo quindi per la madre e pericolo per l'avvenire del feto.

Nè credo di andare errato asserendo che la forte mortalità dei feti in sopraparto ha la sua origine nel ritardo eccessivo posto nell' intervento operativo.

Nel presente anno di funzionamento della Guardia Ostetrica, su 188 atti operativi ostetrici, si ebbero tre feti morti durante l'atto operativo, il che costituisce certo una ben lieve percentuale di mortalità.

Nè devesi però nei casi di inerzia ricorrere tosto ai mezzi manuali o strumentali, ma uopo è esperire i *mezzi chimici eccitanti* dell' utero, escludendo a priori la segala ed i suoi prodotti.

Il chinino e lo zucchero, sia separatamente, sia unitamente somministrati (meglio unitamente) danno, se non sempre, certo soventi, ottimi risultati.

E penso appunto che avanti ricorrere all'estrazione artificiale, nella inerzia convenga a tali sussidii terapeutici ricorrere.

Vorrei all'incontro, ripeto, abolita la segala, coi suoi derivati, nel sopraparto, giacchè se talora può riuscire utile, in molti casi colla tetania e coll'ergotismo che produce riesce non poco dannosa.

Sorvolando sulle manualità operatorie ostetriche vengo al *seconda-*

mento. Riscontriamo in questo solo anno 40 estrazioni manuali di placenta, numero invero abbastanza cospicuo.

Vediamone quali ne furono più frequentemente causa, onde poterle evitare.

Le cause furono sopratutto due e d'indole affatto opposta, e cioè *inerzia* e *tetania dell'utero.*

In un non lieve numero di casi si osservò quanto già sopra esposi, che cioè ad un troppo prolungato sopraparto conseguì, tosto espulso il prodotto del concepimento, una quasi assoluta inerzia dell'utero con relativa metrorragia ed indicazione quindi urgente d'estrazione manuale della placenta. Fatto questo facile a spiegarsi ove si pensi che il muscolo uterino, come qualsiasi altro, sottoposto ad un eccessivo e troppo lungo lavoro, esaurisce le sue energie prima ancora che il lavoro sia compiuto.

Come nei muscoli volontarii venne provato da Mosso, è qui razionale, *avanti che giunga l'assoluta inerzia,* la somministrazione dello zucchero a dosi di 25, 30 grammi in 200 grammi d'acqua, ripetute ogni due ore.

Accadrà allora che si sosterranno le forze di contrazione fino dopo il secondamento; ciò le mie esperienze personali mi proverebbero; soggiungo però, che, come io pratico e so viene praticato altrove, sarà opportuno nel contempo somministrare ad eguali intervalli una cartina di 10 centigr. di *bisolfato chinino.*

Se soventi, sia lo *zucchero,* sia il *chinino,* non si dimostrano efficaci, devesi ricercarne *la spiegazione nel fatto che si attende a somministrarli quando la inerzia è sopravvenuta più o meno completamente,* e tali sostanze invece parrebbe che, più che ripristinare o sollevare le contrazioni spente o non ancora insorte, abbiano la proprietà di rafforzare e mantenere più a lungo le contrazioni in atto.

Infatti nè l'una nè l'altra si possono ritenere ecboliche nel vero senso della parola, giacchè qualunque dose ne venga propinata durante la gravidanza, non si sollevano contrazioni.

Per rapporto d'altronde agli esiti negativi, dobbiamo pure ricordare che nessun sussidio terapeutico è ognora ed in ogni caso infallibilmente attivo; le peculiari circostanze del caso, le condizioni dell'organismo, e, non di rado, una speciale idiosincrasia ne possono rendere nullo l'effetto.

Trattandosi però di sostanze innocue, che si possono senza pericolo e danno abbandonare all' uso della levatrice, e sapendosi che in molti casi agiscono felicemente, il tentarne l' effetto quando l'indicazione si presenti si dovrà ritenere sempre, a mio vedere, opportuno.

La *tetania* è il fenomeno opposto che si presentò non di rado quale indicazione all'estrazione manuale della placenta.

È inutile il soggiungere, che ne fu causa sempre l'inconsulta somministrazione della segala cornuta fatta durante il sopraparto.

Tale indicazione rende l'intervento assai più grave che non l'inerzia, stante la difficoltà dell'estrazione.

In questo caso assai utile si dimostrò la dilatazione meccanica del collo col nostro metodo.

Ricorderò al riguardo l'utilità somma che presenta l'*hydrastis canadensis* sotto forma di *estratto fluido* (quando sia ben preparato), somministrato sia per bocca sia per clistere alla partoriente, alla dose di 50 goccie per volta fino a 150 goccie nelle 24 ore.

Esso, come ebbi a dimostrare nel 1891, agendo solo sui vasi, facendoli contrarre, è un ottimo sussidio nelle emorragie durante il sopraparto onde evitare la segala cornuta, poichè punto turba il regolare andamento della contrattilità del muscolo uterino.

Ripeterò da ultimo che l'estrazione normale della placenta, con introduzione della mano nella cavità uterina, deve essere, come lo fu nei 40 nostri casi, l'*ultima ratio* nel secondamento artificiale; doversi anzitutto, se non vi fu emorragia, attendere il più che sia possibile, di poi, tentare il massaggio del fondo dell'utero, indi la spremitura e le trazioni sul cordone, e, solo dopo esauriti tutti tali tentativi, accingersi alla estrazione manuale, ricordando che questo intervento offre il pericolo sia d'infezione, sia di lasciare qualche porzione di placenta in cavità.

III.° PUERPERIO.

Per quanto il metodo antisettico abbia portato benefici effetti in tutti i rami della chirurgia ed in ispecie in quello ostetrico, dobbiamo pure ammettere che, per un complesso di circostanze svariatissime, ancora in oggi l'infezione puerperale è il processo al quale devonsi per

la massima parte i decessi di pazienti puerpere, e che, particolarmente a domicilio, presentasi pur troppo non raramente.

Lo dimostrano a mo' d'esempio i 53 casi di infezione puerperale pei quali in questi anni fu chiamato l'intervento nostro, casi per la maggior parte gravissimi e pei quali tutte le risorse terapeutiche si dovettero impiegare onde giungere a felice esito.

Nè è d'altronde a tacersi come per le *esagerazioni* (abituali d'altronde in tutte le applicazioni nuove), in cui si incorse *nella pratica dell'antisepsi,* si ebbero frequenti avvelenamenti seguiti non di rado da esito fatale.

Tali avvelenamenti si dovettero particolarmente nei primi tempi all'acido fenico, successivamente al sublimato corrosivo ed al jodoformio.

Sopratutto voglio richiamare l'attenzione sui tristi effetti del jodoformio.

Sono assai numerosi i casi in cui (all'infuori del materiale della Guardia Ostetrica), fui chiamato in consulto per squilibri nervosi e manìe in puerperio, per sospetto d'infezione, per squilibrii funzionali cardiaci pure in puerperio e nei quali potei constatare doversi la sindrome dei fenomeni ad avvelenamento per jodoformio.

Soggiungerò al riguardo quanto già scrissi nella mia comunicazione: « Sinfisiotomia e provocazione del parto, » che considerando lo stato di relativa anemia in che la puerpera in generale si trova nei primi giorni dopo il parto e quindi la maggior facilità ad intossicazione e la minor resistenza, e considerando ancor più l'ampia superficie d'assorbimento che esiste per le molti soluzioni di continuo, per mio conto abbandonai e sconsiglio nelle puerpere le spolverizzazioni con jodoformio ai genitali esterni.

E quanto all'uso degli altri antisettici (per quanto il jodoformio non è ancora assodato si possa considerare un vero antisettico), seguo da tempo l'opinione giustamente dominante, che ove è possibile si pratichi l'asepsi invece dell'antisepsi.

Epperciò in generale limito l'antisepsi a qualche lavatura vaginale durante il sopraparto e dopo il parto, abolendo le lavature che di consuetudine si praticavano nel puerperio, ammenochè non trattisi di speciali circostanze, quali l'ambiente improprio, preesistenza di lesioni locali, morte del feto durante la vita endouterina, ecc.

Ritornando però a quanto prima asserivo, sulla frequenza ancora esistente di casi di infezioni non solo ma anche di morte per infezione, mi corre l'obbligo di esporre le cause che trovai più frequenti.

La ritardata diagnosi è anzitutto la causa della mortalità che in oggi, coi mezzi che possediamo, potrebbe essere ridotta anche per le infette ai minimi termini.

Domina ancora in generale l'opinione che debba esistere la così detta *febbre del latte,* e questa opinione fa attribuire soventi a fenomeno di lattazione ciò che è proprio d'infezione insorta.

E come talora troppo poca importanza viene data agli squilibrii intestinali nel puerperio, altre volte eccessivamente si calcola su essi per spiegare rialzi nella temperatura e particolarmente nel polso, e meteorismo che dovrebbe condurre a sospettare invece la presenza di elementi infettivi.

Non è poi necessario soggiungere quante febbri puerperali sono battezzate per accessi d'influenza e per tifoide!

L'argomento però su cui maggiormente credo necessario soffermarmi si è sulla *non sufficiente importanza che in generale si attribuisce alla frequenza del polso nel puerperio.*

Sappiamo come una delle caratteristiche appunto del puerperio è la rarità del polso, il quale raggiunge non di rado anche le 50 ed anche 40 battute al minuto primo con completo benessere della paziente, polso tanto caratteristico che venne in modo particolare classificato col nome di *Polso puerperale* del *Blot,* spiegazione razionale del quale fenomeno sarebbe evidentemente il minor lavoro funzionale che il cuore, dopo effettuato il parto, deve compiere, essendo privato di una considerevole area circolatoria quale è la feto-placentare.

Ora è un fatto costante, che anche l'osservazione più superficiale fa rilevare, come la miglior garanzia che si possa avere nel decorso fisiologico del puerperio stia nella relativamente poca frequenza del polso, e dico relativamente, perchè esso è generalmente proporzionato a quello che esisteva durante la gravidanza, diminuendo in media dopo il parto di 20, 25 battute al minuto primo, in modo che un polso che prima aveva la frequenza di 80 al minuto primo, poi diventerà fisiologicamente di 60; se di 70 diventerà di 55, 50. Sonvi poi circostanze che di poco rasentando lo stato patologico fanno aumentare questa frequenza, quale

le perdite sanguigne alquanto superiori al normale, gli squilibri intestinali, i patemi d'animo, i dolori fisici, ma tale aumento è in generale, in particolar modo per le ultime circostanze, di breve durata e non è notevole, dando luogo a non più, in media, di 100-110 pulsazioni.

Può insorgere poi una complicanza puerperale qualsiasi d'indole medica, quale la polmonite, la tifoide, ecc., ed in questi casi la frequenza del polso in generale, se il cuore è sano, è relativa al rialzo di temperatura, avendosi p. e. a 40 una pulsazione di 100, 110, al *maximum* 120.

Se invece la complicazione puerperale è data da *infezione,* allora non esiste *mai* la proporzione fra la temperatura ed il polso, *divenendo questo sempre di frequenza assai maggiore relativamente* all'intensità della febbre.

E così con una temperatura di 40 avremo non meno di 140 pulsazioni, con una di 38, 39, non meno di 125, 130.

Ed è qui notevole il fatto constatato, e che darebbe ragione all'odierne teorie sull'indole e sull'effetto della febbre, che quanto maggiore è la temperatura nelle infezioni puerperali, generalmente tante maggiori speranze di guarigione offre la paziente, ben si intende quando il polso non raggiunge limiti elevatissimi quali i 160, 170.

Sonvi così due modalità di decorso della febbre puerperale; in una le temperature, pur presentando delle remissioni, si mantengono alte ed il polso relativamente anco più alto, ed in questi casi il più delle volte l'infezione o si spegne o si circoscrive e l'ammalata sopravive.

Nella seconda modalità la temperatura si mantiene abitualmente di poco superiore al normale, volgendo da 37.5 ai 38.5, 39, nel mentre il polso batte sempre frequentissimo, dai 120 ai 140, 165; così d'aversi ad esempio T. 38 e polso 120, 130, e in questi casi l'ammalata assai soventi soccombe nelle prime otto giornate di puerperio.

Fausto quindi è il prognostico per la prima modalità (V. 1.° tracciato) assai infausto per la seconda (V. 2.° tracciato).

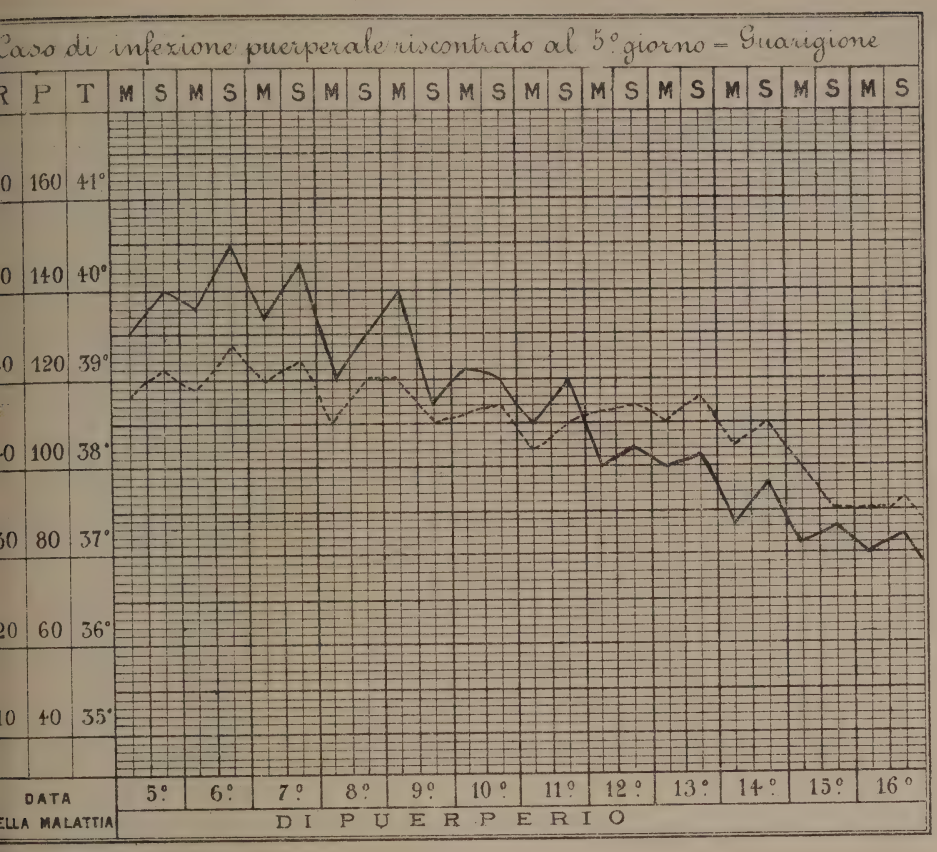
Per maggior chiarezza unisco qui due tracciati d'infezione puerperale decorsi l'uno colla prima modalità e felicemente, l'altro colla seconda modalità e fatalmente.

È a notarsi che in entrambi i casi si intervenne con lavature antisettiche endouterine.

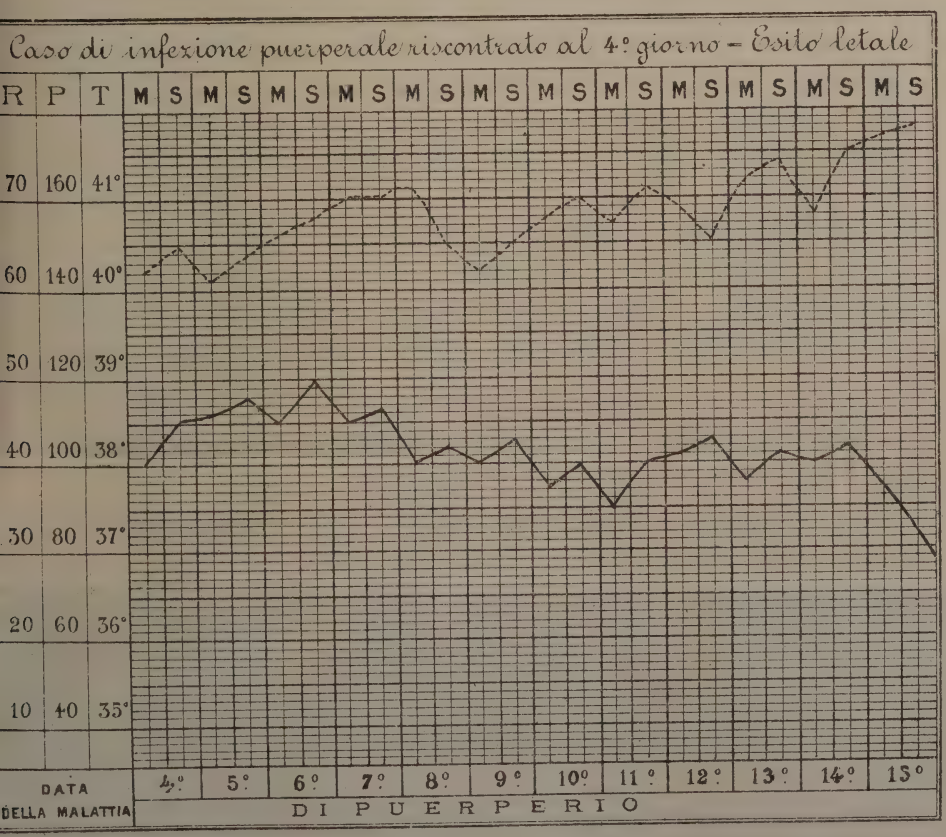
Si è il secondo modo di decorrere della infezione che tanto e tanto

TRACCIATI DEL POLSO E DELLA TEMPERATURA

IN DUE CASI D'INFEZIONE PUERPERALE.



Temperatura _____
Polso _ _ _ _ _ _ _ _ _



Temperatura _____
Polso _ _ _ _ _ _ _ _ _

soventi trae in errore il sanitario e, quasi sempre, la levatrice. (A riguardo di quest'ultima è bene ricordare come possa costituire un inconveniente serio il fatto che il *Regolamento* per le levatrici faccia solo cenno della temperatura e non del polso, obbligandola a denunciare le puerpere con temperatura di 38 senza far menzione del polso. E se vi ha infezione con polso frequente e temperatura bassa, casi questi i più gravi, cessa dunque l'obbligo di denunciare il caso?).

Non vi ha quasi febbre, non c' è nulla di grave! — È questa l'espressione con che si classifica tale secondo tipo di febbre puerperale, e colla quale si illude la famiglia e ciò che è peggio, *si perdono i giorni più preziosi per l' intervento.*

Solo s'accorgono del pericolo quando le condizioni generali si sono aggravate in modo manifesto anche pei profani, quando l' infezione da locale si è fatta generale, si è diffusa alle sierose, quando gli interventi locali non hanno più efficacia alcuna e nessun mezzo, neppure la laparotomia può riparare l' organismo della generale intossicazione.

Si affannano allora a chiedere il soccorso all' uomo dell' arte, ma l' arte ha dei limiti oltre i quali essa è impotente; ed altrettanto può riuscire utile, anzi direi soventi quasi miracolosa, quando l' infezione è limitata ai genitali, alla cavità uterina a mezzo di irrigazioni endouterine ripetute ed anche, non bastando queste col raschiamento, altrettanto riesce passiva se i focolai d' infezione si sono già sparsi a mantenere varii centri d' intossicazione.

Riassumendo quindi, quasi solo l' infezione puerperale (le mastiti suppurate danno pure il polso frequente, ma esse oltrechè facili a diagnosticarsi, insorgono dopo parecchi giorni di puerperio), dà un *polso di eccezionale frequenza;* può la temperatura essere quasi normale, e l'infezione grave, ma la *frequenza notevolissima del polso* è sintomo che non manca. A tale sintomo quindi sopratutto rivolgasi l' attenzione, e pur non trascurando la temperatura, sempre si abbia nel puerperio di mira il polso.

Nè sarebbe male, per quanto possa apparire un' esagerazione, che si imprimesse nella mente così dei sanitari che delle levatrici a guisa di legge, che nel puerperio la *sproporzione fra polso e temperatura con predominio della frequenza nel polso, è sintomo in generale patognomonico di infezione puerperale.*

Ciò servirà certo ad evitare molte e molte catastrofi, mettendo in condizioni chi assiste la puerpera di diagnosticare in tempo tale complicanza sempre grave invero ma che fortunatamente in oggi, se *combattuta per tempo,* quasi sempre si vince. Stabilita la diagnosi, riesce evidente come sia di somma importanza che il trattamento messo in campo tosto sia efficace. Ed a tale riguardo è a richiamarsi l'attenzione *sulla eccessiva fede che in generale specialmente la levatrice ha nelle soluzioni d'acido borico.* (Sotto questo rapporto il Regolamento Sanitario per la levatrice prescrivendo solo acido borico credo esponga pure ad inconvenienti serii, di necessità sarebbe introdurre l'uso di altra sostanza antisettica più efficace e che non offra pericoli notevoli d'avvelenamento).

Quasi sempre quando si è chiamati per qualche caso d' infezione puerperale si riscontra, che fino a quell' istante si praticavano unicamente lavature vaginali con soluzioni di acido borico. Ora il potere disinfettante dell'acido borico anche in soluzione satura è assai lieve nè punto basta ad uccidere, quale clinicamente si usa, nè gli streptococchi nè gli stafilococchi, che sono gli elementi patogeni proprii della febbre puerperale.

È noto infatti come in batteriologia l' acido borico al 2 per cento si usi per separare i soprafiti dai batteri patogeni, giacchè nel mentre uccide i micrococchi soprafiti in 10 minuti, non uccide i batteri patogeni. Ne viene di conseguenza che si perdono inutilmente i primi giorni di invasione del morbo credendosi di combatterlo e frattanto esso si diffonde, e quando si interviene con antisettici adatti, quali l'acido fenico, il sublimato corrosivo, la creolina, il solfofenato di zinco, ecc., l' infezione è già diffusa nè più è domabile per la via vaginale.

E non è meno dannoso l' abituale uso delle lavature vaginali nelle puerpere con soluzioni boriche quale mezzo preventivo.

Poichè essendo provato che le soluzioni boriche anche sature non uccidono nè lo stafilococco, nè lo streptococco, ne consegue, che il sanitario o la levatrice, con tali irrigazioni non combattono tali elementi se esistono ed all' incontro possono portarli dall' esterno colla cannula, se trovansi nell'ambiente esterno.

Ritengo quindi che, stabilito convenire abitualmente lo sconsigliare le lavature vaginali nel puerperio fisiologico, nei casi in cui credasi utile suggerirle si prescrivano alternativamente con soluzioni di acido

fenico all'1 e 1[2 ed al 2 per 100, di sublimato all'1 per 3 e 4000, di creolina in proporzioni varie secondo la qualità (Pearson all'1 per 100, Nava all'1 per 1000), di acido timico all'1 per 1000 o per 2000, di solfofenato di zinco al 5 per 100.

Se poi manifestansi sintomi d'infezione, subito si ricorra a lavature endouterine colle dette soluzioni, usando delle cannule a doppia corrente, o del Doléris o del Fritsch, praticandone una, due ed anco tre al giorno a seconda della gravità.

Quando le lavature endouterine non bastino, si portino nella cavità dell'utero delle miscele di salol, jodol, magistero di bismuto e acido salicilico, emulsionate insieme queste sostanze con acqua distillata e iniettate con adatta siringa o cannula a largo calibro.

Riuscendo anche queste insufficienti ed aggravandosi le condizioni della paziente converrà tentare *il raschiamento dell'endometrio* preceduto e seguito da abbondante disinfezione.

Che se fatalmente ancora resiste l'infezione, si dovrà agire direttamente sia aprendo per via vaginale, se vi hanno raccolte accessibili per tale via, sia con laparotomia.

In seguito ad aborto residuando parti dell'ovulo *il raschiamento* dovrebbe essere la regola perchè con tale mezzo si evita, sia l'infezione per decomposizione di tali elementi, sia il vegetare degli stessi e si riconduce la matrice allo stato fisiologico senza esporre la paziente ad alcun pericolo.

Nella infezione invece uopo è andare molto a rilento nel decidersi a tale intervento poichè non di rado, raschiando, si aprono nuovi sbocchi per via di vasi sanguigni e linfatici pei quali più rapidamente si diffondono gli elementi infettivi.

Ed ora, chiudendo, mi si permetta di ritornare su un argomento che già ripetutamente trattai, sull'opportunità cioè di praticare un esame interno dei genitali avanti licenziare dalle nostre cure la puerpera.

In generale le puerpere anche negli Istituti di Maternità e di Clinica (e l'abitudine perciò si diffonde agli allievi ed alle allieve), vengono licenziate con un semplice esame esterno; in ben pochi istituti è in uso di fare un esame interno digitale combinato, e, se occorre, collo *speculum*. Ma ben sappiamo come, sia colla percussione, sia colla palpazione, possono sfuggire le soluzioni di continuo del collo, le lacerazioni di esso,

le tumescenze nel cavo del Douglas e, se non sono dolenti e le pareti addominali presentansi spesse, quelle degli annessi.

È dunque evidente che in tal modo ci esponiamo continuamente al pericolo di abbandonare a sè delle ammalate le quali portano con loro lesioni ginecologiche che si aggraveranno certo, obbligando poi le ammalate a ricorrere agli ambulatori speciali.

Entri nelle abitudini tale esame e sopratutto si addestrino ad esso i giovani sanitarii e le allieve levatrici, e si compirà così un' ottima opera profilattica contro le forme ginecologiche tanto frequenti in conseguenza dei parti.

Riassumendo il fin qui esposto, e ricordando con grato animo l'opera generosa dei dottori De-Marini, De-Paoli, De-Amicis, Maggiani, Zenoglio e Oliviero che tanto contribuirono a fornire il materiale di queste considerazioni, quali attivissimi ed intelligenti sanitarii della Guardia Ostetrica genovese, nè dimenticando l' incoraggiamento cortese avutosi dalla Presidenza dell'Esposizione internazionale di Medicina a Roma nel 1894, che premiava l' istituzione con diploma di benemerenza, potrei a guisa di utili leggi profilattiche per l' ostetricia pratica emettere i seguenti precetti:

1.° Per rapporto alla gravidanza.

a) Le lesioni di continuo del muso di tinca e del canale cervicale e le retroversioni dell' utero, hanno una notevole importanza eziologica per riguardo all'aborto ed al parto prematuro. Tali complicanze, sfuggendo facilmente al clinico, si presentano in realtà con una frequenza superiore a quanto finora siasi ammesso, ed il loro trattamento, fatto tosto siansi diagnosticate, costituisce un'efficace profilassi contro l'aborto, il parto prematuro ed i molteplici disturbi che esse provocano in gestazione.

Sebbene dai secreti di dette lesioni di continuo l'esame batteriologico rarissimamente riveli (come con esperienze nostre provammo) la presenza di microorganismi patogeni noti, i caustici blandi ed i disinfettanti agiscono su esse assai utilmente.

b) Nelle tubercolotiche e nelle cardiopatiche la interruzione della gravidanza, costituisce un razionale mezzo profilattico per l'avvenire della

paziente; utile è per tali indicazioni usare di metodi rapidi quale appunto è quello della dilatazione meccanica.

c) L'utilità dell'*hydrastis canadensis* (estratto fluido, se ben preparato) contro le perdite sanguigne nelle gestanti, è sempre più provato; parecchi casi lascierebbero pensare, che questa sostanza abbia anche un leggero grado d'azione *calmante* sull'utero, azione calmante che d'altronde continueremo a ritenere ottimo nel *viburnum prunifolium* (estratto fluido).

2.° Per rapporto al sopraparto, al parto ed al secondamento.

a) Lo svuotamento dell'intestino e della vescica evitano molte estrazioni artificiali del parto.

b) È da sconsigliarsi d'altronde la pratica di lasciare troppo a lungo la paziente in sopraparto, stante la pericolosa inerzia che ne consegue. Converrà però sempre esperire prima dell'intervento operativo lo svuotamento del retto e della vescica e la somministrazione di chinino (in dose di 10 centigr. ogni una o due ore), di zucchero (in dose di 25 o 30 grammi).

c) Il secondamento artificiale ha per causa o inerzia dipendente soventi da troppo lungo sopraparto, o tetania causata da somministrazione di segala; evitare tali due cause equivale ad esercitare una buona profilassi pel secondamento.

3.° Per rapporto al puerperio.

a) Nella pratica ostetrica in generale (non escluso il Regolamento per le levatrici che non ne tien conto) si attribuisce relativamente troppa poca importanza alla frequenza del polso quale sintomo d'infezione puerperale.

È a ricordarsi che le metroperitoniti infettive più gravi nel puerperio decorrono soventi quasi afebbrili e con polso frequentissimo; offrono sempre un prognostico migliore le infezioni puerperali accompagnate da forti rialzi di temperatura.

Le temperature alte nel puerperio con polso relativamente raro tendono a far escludere la presenza di elementi infettivi nell'utero, nei parametri o nel cavo peritoneale.

Questi dati devonsi conoscere dal sanitario onde giunga rapidamente a stabilire il diagnostico della febbre infettiva puerperale, l'esito della cui cura sta specialmente nell'intervento celere e diretto.

b) È opportuno prevenire specialmente la levatrice sulla poca e quasi nessuna efficacia delle soluzioni anche sature d'acido borico nelle infezioni puerperali, sia per evitare che con tali lavature si introducano nei genitali elementi infettivi che resistono a tale disinfettante, sia per impedire che si perda un tempo preziosissimo con tali irrigazioni vaginali in puerpere infette nelle quali le soluzioni di acido fenico al 1 1[2 e 2 0[0, le soluzioni di sublimato corrosivo all'1 per 3000, le soluzioni di creolina ecc. dovrebbero tosto essere alternativamente usate con lavature endouterine. (A questo riguardo uopo sarebbe introdurre l'uso d'una sostanza più efficace, ad es. la creolina, e difficilmente velenosa, nella pratica della levatrice, alla quale l'attuale Regolamento permette solo l'acido borico).

D'altro canto converrebbe o sospendere o limitare assai l'uso del jodoformio nelle puerpere a causa della forte sua tossicità.

c) Il raschiamento, sempre utilissimo dopo l'aborto pei residui ovulari è da usarsi solo come *ultima ratio* nelle metriti infettive puerperali, riservandolo cioè ai casi in cui riuscirono vane le irrigazioni endouterine e antisettiche.

d) Nel licenziare dalle nostre cure le puerpere il non ritenersi soddisfatti dell'apparente benessere della paziente, procedendo invece ad un attento esame locale esterno ed interno onde accertarsi delle condizioni in che trovansi l'utero e gli annessi per rapporto al volume, alla cicatrizzazione delle lacerazioni del collo tanto frequenti, alla forma e alla posizione loro, nonchè allo stato del cellulare pelvico, costituisce una seria e doverosa profilassi ostetrica e ginecologica.

Delle cisti dell'uretra e dei canali uretrali della donna

PEL

Dott. GIUSEPPE RONCAGLIA

Libero docente di Ostetricia e Ginecologia.

I tumori dell'uretra sono molto più frequenti nella donna che nell'uomo. Segnalati la prima volta da Morgagni (1) nel 1751 sono stati a lungo descritti sotto il nome generico di polipi. Il piccolo numero di osservazioni fatte con cura, l'assenza pressochè completa di esami microscopici, non hanno permesso fino a pochi anni fa di darne una classificazione basata sull'esame anatomico (A. Blum) (2). In genere questi tumori, ben inteso esclusi i maligni come i sarcomi [Johnston (3), Thiem (4)], i rari carcinomi [Brayne (5), Thomas (6)], i più frequenti cancroidi [Melchiory, Riberi (7)], sono stati giudicati ipertrofie di uno o di più elementi costitutivi della mucosa. E così a seconda dell'importanza attribuita al predominio di uno o dell'altro di questi elementi, si sono dati a queste neoformazioni i nomi più varii, quindi si sono chiamati: *caruncole, escrescenze fungose, tumori vascolari, polipi mucosi, papillomi,* ecc.

---

(1) « De sedibus et causis morborum. » Ep. XLII, cap. 42.

(2) « Des affections de l'uréthre chez la femme. » *Archives générales de Médecine,* N. d'Août 1877.

(3) « Sarcoma of the female Urethre. » *Maryland Med. Jorn.,* Baltimore, 1888-89, XX, pag. 428.

(4) « Periuretrales Sarkom. » Fraueuartz, 1888, III, pag. 580.

(5) *Transact. of the provinc. medical associat.,* T. IV.

(6) *Amer. Journ. of. Obstr.,* 1877.

(7) *Annali Universali,* 1869.

Fatta eccezione di pochi casi di veri polipi mucosi situati nell'interno del canale e descritti da Giraldy (1), da Ranvier (2) e più recentemente da Neuberger (3), Schwartz (4), Arnould (5), Dubar (6), da Vance (7) che ne asportò uno in una bambina di 5 anni, a lungo peduncolo e di qualche rarissimo fibromioma, di cui uno grosso come un piccolo ovo di gallina fu descritto ed enucleato con facilità dal Tillaux (8), ed un altro grosso come un ovo di piccione sviluppatosi nel setto uretrovaginale fu esciso dall'Eisenhart (9), e di qualche fibroma, come quello menzionato da Charpenthier (10) poliposo ed a forma di lampone, e l'altro descritto dal Brown (11), sviluppatosi anteriormente e nel centro dell'uretra e comprimente questa, si tratta in genere di neoplasie costituite da papille ipertrofiche con forte dilatazione dei vasi e rivestite di epitelio piatto stratificato [Virkow, Jondeau (12)], e che vanno comunemente sotto il nome più o meno adatto di *caruncole uretrali.* Molti ginecologi ritengono come elementi eziologici di queste neoplasie tutte le cause che ponno produrre una congestione negli organi del bacino e quindi un disturbo circolatorio nella mucosa uretrale che ha una ricchissima rete di vasi a largo lume; quindi sono capaci di causarle la ritenzione di urina abituale in alcune donne per riguardo sociale, i disturbi di mestruazione, il coito, la gravidanza, il parto, i tumori d'ovaio, le infiammazioni e gli spostamenti d'utero, la menopausa, ecc. Sono insomma paragonate e per l'eziologia e per la forma anatomica, a formazioni simili all'emorroidi nella sezione più bassa del retto, come si esprime il

---

(1) *Bull. Soc. chir.*, 1865.

(2) *Thèse Ménetres*, Paris, 1874.

(3) « Beitrag zur Lehre von den Polypen der Harsiröhre. » *Wienn med. Presse*, 1889, p. 897.

(4) « Des tumeurs polipoides papilaires de l'uréthre chez la femme. » *Semaine médical*, 1889, p. 186.

(5) *Annales des maladies genito-urinaires*, 1890, Bd. VIII, pag. 490.

(6) « Note sur un volumineux polype de l'uréthre chez la femme. » *Bull. Med. du Nord*, Litt, 1889, XXVIII, pag. 451.

(7) *Britt. Med. Journ*, 1891, II, pag. 126.

(8) *Annales de Gynécologie*, 1889, pag. 161.

(9) *Jahresbericht von Frommel*, 1889, pag. 625.

(10) *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, 1891, pag. 954.

(11) « Fibrom in der Umgebung der Harnröhre e Gynek. and. Obstr. » Soc. of Baltimore, 1891.

(12) « Etude sur les tumeurs vasculaires polypoides du meat urinaire chez la femme. » Thèse de Paris, 1888.

Castle (1). Il Wedl (2) dice che i vasi sono disposti nell'uretra a gruppi, si ramificano in una maniera regolare e ricordano molto da vicino la disposizione dei vasi vorticosi della choroide.

Il Virkow (3) ammette attorno all'uretra degli strati analoghi alle emorroidi, cioè a forti dilatazioni delle vene. Tali varici si osservano in un gran numero di casi e ponno anche dar luogo come asserisce il Winkel (4) a spandimenti sanguigni sottomucosi, cioè a veri e proprii ematomi. Si comprende quindi come fra i sintomi di tali neoplasie, come il bruciore nell'urinare ed il dolore che può irradiarsi tanto da far pensare a prima vista ad una cistite, uretrite e può produrre vaginismo intensissimo, come è potuto osservare in un caso, vi sia quello delle perdite sanguigne per la proprietà appunto che tali tumoretti hanno di dar facilmente sangue.

Chi esercita la ginecologia ha molte volte incontrato di queste piccole neoproduzioni, il cui trattamento chirurgico quasi esclusivamente adottato è l'ablazione o col coltellino galvano-caustico o col termo-cauterio. Il Doran (5) fra gli altri a pag. 471 del suo trattato rappresenta varii galvano-cauterii per la rimozione appunto di queste caruncole.

Fra i casi più interessanti di questo genere io ne ricordo uno mostratomi dal mio maestro prof. Fabbri qualche anno fa e nel quale oltre all'emorragie veramente allarmanti cui dava luogo il tumore, notossi in seguito a trauma un rapidissimo aumento di volume, tanto da farlo ritenere sulle prime un sarcoma, se la spontanea e pur rapida diminuzione di grossezza, non avessero assicurato trattarsi appunto di uno di questi tumoretti vascolari nel quale si era colla dilatazione dei vasi formato un forte edema.

Sarebbe per me ora opera vana e fuor di luogo il discorrere minutamente di queste neoproduzioni di cui ogni trattato di ginecologia anche modesto, dà notizie sufficienti. Desidero invece dir qualche cosa intorno ad un'altra neoformazione dell'uretra, di cui in pochi giorni ebbi qualche

---

(1) « Ueber Harnröhren. Karunkel. » *New. Jork med. Journ.*, 1888, pag. 286.

(2) A. Blum, loc. cit.

(3) « Traité des tumeurs. » Trad. Aronsohn, T. IV, pag. 149.

(4) *Handb. der Chir.*, Picta et Billroth, Bd. IV.

(5) « Handbook of Gynaecological operations. » London, 1887.

anno fa occasione di osservare due casi manifesti. Alludo alle *cisti uretrali*, che io giudico cisti da ritenzione dei canali uretrali di cui pure è argomento in questo mio lavoro.

Il Winkel di Dresda, che scrisse il capitolo delle malattie dell'uretra e vescica muliebre nell'« Enciclopedia Chirurgica » di Pictha-Billroth, ne parla brevemente: « Essi si trovano già nel feto di 6 o 7 mesi e nelle « neonate soltanto alla parte anteriore ed all'incontro nell'età più avan- « zata in vicinanza dell'orificio. Non sempre sporgono tutte all'esterno; « il dotto escretore otturato di queste piccole ghiandole spesso è ricono- « scibile in un punto nero. Queste cisti presentano una sostanza propria, « la superficie interna è rivestita di numerose papille ad epitelio pavi- « mentoso; se esse sono più grosse, allora non raramente sporgano dal- « l'uretra come tumori semisferici; ponno avere un peduncolo e formano « veri polipi, che sono per lo più rivestiti di mucosa normale. »

Nelle ulteriori edizioni ed anche nel suo trattato di ginecologia (1) il Winkel ripete a questo proposito le stesse cose. Nicaise citato dal Blum (2) e dal Mouton (3) ne ha descritto due casi nei quali le cisti, del volume d'una nocciuola, si erano sviluppate nelle ghiandole mucose risiedenti al meato urinario, sopratutto a livello della colonna anteriore della vagina. Il contenuto era di liquame spesso nero in un caso, giallo verdastro nell'altro, una delle malate aveva 28 anni, l'altra 41.

Nel trattato del Pozzi (4) a proposito delle cisti della vulva leggesi che sui lati del meato urinario Kocks ha descritto un cul di sacco cortissimo che sarebbe il vestigio terminale del canale di Gärtner; potrebbe essere che le piccole cisti che si ponno incontrare a questo livello avessero per origine questi cul di sacco. D'altra parte Skene ha trovato e figurato due ghiandole fra mucosa e muscolare il cui condotto è lungo da 2-3 cm. e si apre a livello del meato urinario. Queste cisti potrebbero formarsi a spese di queste ghiandole. Tale ipotesi ha bisogno di essere confermata dall'osservazione. Ed il Martin (5), a proposito delle cisti

---

(1) « Lehrbuch der Frauen krankeiten, » pag. 189.

(2) Loco cit.

(3) Thèse de Paris, 1876.

(4) « Traité de Gynécologie. » Paris.

(5) « Traité clinique des maladies des femmes. » Paris, 1887, pag. 299.

wolfiane della vagina e della vulva, afferma essere impossibile decidere che parte vi prendono i piccoli infundiboli della regione del *burrelet uretral* di cui Skene, Kleinwächter, Kocks e Dorhn hanno riportato delle osservazioni. Anche in un lavoro di un inglese T. M. Von Cott (1) in cui è discussa l'istologia e la funzione dei canali in questione è ammessa come possibile la formazione di cisti per occlusione dell'orificio loro per pregressa infiammazione.

Il primo caso di cisti uretrali l'osservai nella Clinica Ostetrica di Modena; fu operata dal prof. Fabbri, il quale la diagnosticò come cisti da ritenzione probabilmente dei canalini descritti da Skene; egli anzi affidandomi quel preparato anatomico mi consigliò di studiarlo e di fare ricerche istologiche intorno ai detti canalini, onde portare un contributo alla loro conoscenza ed interpretazione. Io accettai volenteroso il consiglio del mio maestro al quale esterno tutta la mia riconoscenza.

Dopo pochissimi giorni mi capitò, nella pratica privata, un altro caso identico al primo, che poi io stesso operai utilizzandolo per il mio studio. Già da due anni io avevo terminato il lavoro, che non pubblicai perchè nutrivo speranza che mi capitasse qualche uretra di feto molto immaturo da studiare; per questo l'opportunità mi è mancata ed io intanto espongo il risultato di quelle mie prime ricerche. Dapprima riferirò le due storie cliniche colle relative considerazioni che crederò opportune, indi dirò quanto mi è risultato dall'esame microscopico fatto su tagli in serie di oltre 30 uretre femminili.

Osservazione I. — Z. Beatrice, di anni 32, maritata, di Modena. Accusa da un anno frequente bisogno d'urinare, bruciore al canale dell'uretra e senso di peso alla vulva. Divaricando le grandi e piccole labbra vedesi occupare l'osculo vaginale una tumidezza ovalare in senso longitudinale, grossa come un ovo di uccello, coll'estremo più sottile rivolto in alto, di colorito rosso con qualche vaso sanguigno trasparente alla sua superficie.

L'osculo coi resti dell'imene forma una fessura semilunare al disotto della tumidezza, mentre la semiperiferia superiore di questa è ricoperta

---

(1) « Histologie und Pathologie der Skene Schem Urethral Drüsen. » *(Broklyn med. Journ.*, 1888, N. 2) riassunto nell'*Jahresbericht uber die Fortschritte*, A. di Frommel.

di mucosa scorrevole su di essa e continuantesi immediatamente con quella delle piccole labbra e dello spazio che corre fra l'osculo ed il clitoride. Il meato urinario è convertito in fessura longitudinale, lungo un buon centimetro e spostato verso destra, essendo la tumidezza col suo estremo superiore cresciuta nella grossezza del margine sinistro del meato urinario. Vicino all'estremo superiore del tumore e vicinissimo al meato uretrale vedesi una fossetta della membrana mucosa che ha l'apparenza di un foro escretore obliterato; il margine destro del meato urinario è libero, floscio e presso al suo estremo inferiore mostra un piccolo forellino, dal quale per espressione può esser fatta uscire facilmento una gocciolina di liquido gialliccio.

17 Giugno 1890. Incisa la mucosa sulla linea mediana della cisti e verticalmente, il prof. Fabbri ne fa l'enucleazione in parte col dito, in parte colla sonda, finchè, essendo quasi completamente enucleata, la parete si rompe e precisamente in quella parte nella quale era in contatto colla parete del canale uretrale. Il liquido che esce è cremoso e color cioccolatto sbiadito. Completato il distacco della parete cistica dall'uretra, fa la sutura al catgut della breccia rimasta. La riunione avviene per prima.

Osservazione II. — Questo caso è occorso a me nella pratica privata: si tratta di una signora dell'età di anni 28, maritata da parecchi anni e madre già di 4 bambini. Io da tempo ho avuto occasione di visitarla da parte dei genitali, avendola assistita in tutti i parti. Il suo penultimo parto ebbe luogo nel Novembre del 1889, allora non esisteva traccia di tumoretto alcuno al lato dell'uretra; fu solo dopo parecchi mesi e precisamente nel Marzo 1890, che avendola visitata in causa di catarro uterino, riscontrai al lato sinistro e inferiormente al meato uretrale una tumidezza tondeggiante, della grossezza di un piccolo ovo di uccello, di consistenza manifestamente cistica, che spostava alquanto il foro uretrale in alto e a destra e lo rendeva appiattito, appunto da sinistra a destra e dal basso all'alto.

Siccome allora non soffriva alcun disturbo per la presenza di questa cisti, così essa rifiutò qualsiasi intervento, dopo qualche mese essa rimase di bel nuovo gravida e si sgravò felicemente nell'Aprile del 1891; la piccola cisti era allora alquanto cresciuta e cominciava a dare non piccoli incomodi alla paziente nell'atto dell'urinare, fu allora deciso che si sarebbe estirpata.

16 Ottobre 1891. La tumidezza è del volume di un ovo di piccione, sposta l'uretra da sinistra a destra e dal basso all'alto appiattendola in questa direzione; si prolunga essa lungo l'uretra e col dito in vagina la si può palpare fino al suo estremo posteriore che dista dal meato

uretrale ben 4 centimetri. La mucosa che la riveste è normale e mobilissima su di essa, altrettanto non è dell'uretra che direbbesi aderente alla parte destra e superiore della cisti medesima. Al lato destro dell'orificio uretrale notasi su una piccola cresticciuola della mucosa lo sbocco di un canalino; a sinistra si nota l'apertura dell'altro canalino alquanto disteso e quindi molto più ampio del destro; una sottile sondina penetra nel destro per 1 cent. e qualche mm.; in quello di sinistra si arresta tosto contro la parete della cisti.

Siccome questa malata soffriva di abbondante leucorrea, erasi deciso di praticare nella stessa seduta oltrechè l'estirpazione della cisti, il raschiamento. Così feci; dapprima, anestetizzai la mucosa del vestibolo colla soluzione cocainica al 10 0[0; poi praticata un'incisione lunga 2 cent. d'alto in basso nel mezzo della mucosa ricovrente la cisti, ne cominciai l'enucleazione; fu un lavoro alquanto minuto e difficile, tuttavia in breve si riuscì ad isolarla tutt'attorno e mentre mi accingevo a staccarla dall'uretra, unico lato nel quale era ancora attaccata, mi si ruppe e ne uscì un contenuto di consistenza cremosa e di colorito verde-giallognolo. Colle forbici finii di staccarla completamente. La cavità risultante piuttosto vasta, io chiusi con sutura al catgut a strati. La parete uretrale dal lato dell'enucleazione parvemi, con un catetere in essa introdotta, alquanto assottigliata. Passai poscia al raschiamento e successiva iniezione di tintura di jodio nell'utero. La guarigione avvenne per prima.

Entrambe queste due cisti appaiono formate da parecchie loggie, di cui ciascuna ne presenta due molto grandi, tre di media grandezza ed alcune piccolissime. La maggiore delle due è vuota in entrambe, perchè appunto fu in corrispondenza di essa che la parete cistica si ruppe durante l'enucleazione. Le altre loggie sono intatte e contengono una sostanza identica a quella fuoruscita dalla maggiore, cioè cremosa e di color cioccolatte nel 1.° caso, verde giallognolo nel 2.°, che esaminata al microscopio appare costituita quasi esclusivamente da ammassi di cellule epiteliali piatte.

Il rivestimento è di epitelio stratificato piatto sostenuto da una mucosa propria formante poche papille; tutt'attorno alla periferia delle cisti si trovano fibre muscolari liscie, alcune tagliate pel lungo, le più esterne, altre in traverso.

La posizione delle cisti da me ora descritte era di lato e di sotto all'uretra, talchè questa era spostata dal basso all'alto, e siccome en-

trambe le cisti erano a sinistra, anche da sinistra a destra. L'uretra poi era anche appiattita, in modo che il suo lume aveva il diametro massimo diretto d'alto in basso e di sinistra a destra, anzi la parete di essa che ricopriva la cisti era in tutti e due i casi convessa verso il canale. La mucosa del vestibolo era mobile in tutti i punti sulla porzione delle cisti da essa tappezzate, mentre la parete uretrale era manifestamente ad esse aderente; nel 1.° caso essa era per la sporgenza della cisti nel canale un poco da questo estroflessa, ed in questa porzione notavasi un punto un po' depresso e nerastro; nel 2.° l'apertura corrispondente per analogia topografica, coll'altro lato, allo sbocco del canalino uretrale, era allargato per distensione ed estroflessione della parete uretrale, ma il canalino occluso dopo brevissimo percorso. Per queste indicazioni di topografia le cisti in discorso potrebbero benissimo aver avuto l'origine dai canalini uretrali dei quali ora parlerò. La mobilità su di esse della mucosa del vestibolo vulvare in tutti i suoi punti e tale da potere essere sollevato in pieghe, esclude la possibilità dell'origine loro dalle lacune di questa mucosa, poste al contorno della metà inferiore dell'uretra ramificantesi, tappezzate in tutto il loro decorso da epitelio piatto a strati, larghe all'orificio esterno e sempre più strette in vicinanza delle loro estremità profonde, e da Leukart omologate colle ghiandolette prostatiche.

Il fatto poi dell'essere queste cisti coperte oltrechè di mucosa anche manifestamente ed ovunque da fibro-cellule muscolari, fa escludere si tratti di produzioni cistiche formatesi nelle estroflessioni ramificate, che numerose si trovano nella spessezza della mucosa uretrale, senza però che mai ne varchino il limite inferiore; giacchè se così fosse oltrechè sporgerebbero, per essere più superficiali, maggiormente nel lume uretrale, nella maggior parte della loro circonferenza mancherebbe il tessuto muscolare liscio; mentre essendo derivati dai canalini in questione, è naturale che tutt'attorno siano rivestiti di fibro-cellule, perchè la posizione dei medesimi, come vedremo più avanti, è appunto al di sotto della mucosa e precisamente nello strato più interno della muscolare dell'uretra. Inoltre se appartenessero allo strato mucoso dell'uretra, non so se tentando di enuclearle dall'esterno si riuscisse a non ledere la mucosa stessa, che nei due casi operati uno dal prof. Fabbri ed uno da me rimase intatta; solo apparve nel mio un po' assottigliato. Anche l'essere esse a molte loggie, alcune distese da contenuto, altre no, di-

mostra che non sono altro se non dilatazioni delle ramificazioni dei canali uretrali; giacchè le lacune della mucosa uretrale non offrono mai più di 2 o 3 loggie. Escluso così l'origine loro dalle lacune della mucosa del vestibolo e da quelle della mucosa uretrale, non rimane altro che da ascriverle ai canali di Skene.

La Figura 2.ª che rappresenta una dilatazione cistica di un canalino uretrale in una neonata, con addossate parecchie altre sue ramificazioni vuote o almeno più piccole, dà la prova più luminosa dell'asserto nostro sia per la sua posizione rispetto all'uretra, che per la sua configurazione.

Quanto ai sintomi subbiettivi di queste cisti, esse ponno produrre veramente degli incomodi e così le due pazienti da me osservate accusavano frequente bisogno di mingere, bruciore nell'uretra, la seconda specialmente accusava proprio il senso molesto di un corpo che le uscisse dai genitali; potrebbero poi i dolori irradiandosi lungo il canale fino alla vescica, provocare per azione riflessa la contrazione dello sfintere vescicale e dar luogo a ritenzione, od a cistospasmo, come accade per altri tumoretti polipiformi dell'uretra.

La cura migliore di queste cisti è certamente quella che le allontana completamente senza lasciare il pericolo di loro riproduzione; quindi meglio della semplice spaccatura, svuotamento e zaffamento per ottenere la cicatrizzazione per 2.ª, è la loro enucleazione, tanto più che essendo a varie loggie, alcune delle quali ancor piccole, potrebbe da queste, occlusa la più grande e quindi il canal principale, avvenirne la riproduzione. Enucleazione che riesce non difficile e che deve essere eseguita nel modo seguente: dapprima si solleva in piega trasversale la mucosa vestibolare che la ricopre e s'incide d'alto in basso, fino a giungere sulla parete cistica, poi dapprima con strumento ottuso indi col dito si isola tutt'attorno dalla parete vaginale e dal tessuto periuretrale, e finalmente dalla mucosa dell'uretra; nel qual ultimo momento conviene andare guardinghi per non ferir questa, preferendo, in caso, di rompere la parete cistica, anzichè di lacerare l'uretra.

L'emorragia generalmente un po' abbondante pei numerosi vasi venosi che normalmente circondano l'uretra, si arresta da prima con un po' di compressione, indi con alcune suture a piani in catgut. L'operazione è finita colla riunione della ferita della mucosa vestibulare.

* * *

Veniamo ora a parlare dei canali uretrali dai quali certamente hanno preso origine le due cisti or ora descritte.

Fu lo Skene (1) per primo che fece una comunicazione intorno a questi due canali, alla cui scoperta fu condotto da un caso di loro insistente infiammazione; egli li giudicò condotti escretori di due ghiandole tubulose poste fra la mucosa e la muscolare dell'uretra, lunghi da 2 a 3 cent. e capaci di ricevere una sonda del N. 1. Nel trattato dell'Hart e Barbour (2) se ne vede il disegno tanto della sezione trasversa, quanto attraverso la superficie inferiore dell'uretra essendovi immersi due stiletti.

Koks (3) li trovò accidentalmente, li studiò senza aiuto del microscopio e li battezzò come preesistente avanzo dei canali di Wolff.

Kleinwächter (4), in seguito alle comunicazioni dei predetti autori, li cercò e trovò in un caso di prurito della vulva in una giovane di 23 anni, senza che vi fosse catarro della vagina e dell'uretra; esisteva una gonfiezza infiammatoria con eversione della mucosa dello sbocco uretrale e Kleinwachter trovò la causa di tutto ciò in un catarro purulento di ambedue questi canali. A lui riuscì di svuotarli con lieve pressione del contenuto muco-purulento; in essi una sondina penetrava per 7-8 mm.; questa infiammazione guarì colla ripetuta iniezione nei medesimi di poche goccie di tintura di jodio. Di poi ricercatili in 20 donne, il più delle volte potè ritrovarli. Questo autore non dà alcuna spiegazione dell'essenza di questi due organi.

Il Kocks, ignorando che la scoperta era già stata fatta dallo Skene, ne parla come di cosa nuova, e afferma che vicinissimo al margine posteriore dell'orificio uretrale circa nell'80 0[0 delle donne si ponno scorgere due aperture nascoste nella mucosa, nelle quali si può penetrare con una sonda del diametro di 1 mm. dalla profondità di 0,5 fino a 2 cen-

---

(1) « Treatise ou the disease of women. » 1886, pag. 614. *Americ. Journ. of obstetric.*, 1880, p. 265.

(2) « Manuale di Ginecologia. »

(3) « Ueber die Gärtner schen Gänge beim Weibe. » *Archiv. fur Gyneck.*, B. XX, pag. 487.

(4) *Prag. med. Woch.*, 1886, N. 9.

timetri. Essi sono sovente posti dietro l'orificio dell'uretra, così che si è costretti a divaricarlo alquanto per renderli manifesti; per lo più però ambedue le aperture si trovano sulla cima di due piccole labbra della mucosa che ordinariamente limitano in basso a destra ed a sinistra l'orificio uretrale medesimo. Questo scrittore di poi pensando al punto in cui nell'uomo sboccano nell'uretra le aperture prostatiche, i dotti ejaculatori (canali di Wolff) e l'*otriculus masculinus* (canali di Müller), e trovatolo identico a quello in cui nella donna termina l'uretra, omologamente indentificate le ampie fossette o recessi della mucosa che si trovano in copia nella parete del vestibolo fra uretra e vagina, come già aveva fatto il Leukart, colle aperture prostatiche, e ritenuto che appunto i canali di Gärtner sboccano nel vestibolo e non dietro l'imene, nei ruminanti e nei porci e precisamente in vicinanza dell'uretra, conclude, che i due canalini da lui trovati nella donna sono gli stessi che si osservano nelle femmine dei ruminanti e nella troia, e come in questi animali anche nella donna stanno a rappresentare gli avanzi embriologici dei canali di Wolff. Egli respinge la possibilità che questi canali siano lo sbocco di ghiandole in quantochè se così fosse queste ghiandole dovrebbero, per l'ampiezza del canale escretore, avere la grossezza di quelle del Bartolini, per le quali poi non si avrebbe sufficiente spazio nel sottile setto uretro-vaginale. Le papille sulle quali essi sboccano in molti casi, ricordano le piccole salienze del *caput gallinaginis* sulle quali sboccano nell'uomo i dotti ejaculatori.

Se a risolvere le questioni anatomiche e specialmente le embriologiche, bastasse il solo ragionamento, certamente quello di Kocks basterebbe a convincere che i canalini descritti da Skene sono gli avanzi dei canali di Wolff. Ma il ragionamento non basta in simili controversie; occorre l'osservazione minuta, l'indagine molteplice; e questa è stata per l'argomento che ci occupa eseguita per primo dal Dohrn.

Egli si servì dell'abbondante materiale dell'Istituto patologico del Virchow e potè così ricercare e studiare questi canali in una numerosa serie di uretre femminili tolte ad individui di tutte le età, dalla nascita fino ai 70 anni e potè anche avere a sua disposizione molti feti a diversi stadi di sviluppo. Egli si domanda se prima del lavoro di Skene i 2 canali in questione fossero stati scoperti, e in Henle e Luska gli sembra di trovare, in quest'ultimo specialmente, un accenno ad essi, laddove

appunto questo anatomico allude a pori della mucosa uretrale in vicinanza del meato e già visibili dall'esterno.

Ecco ora quanto ho potuto vedere studiando una trentina d'uretre di donne e neonate.

Pei caratteri mascropici propri a questi canalini, debbo confermare quanto è stato fin qui trovato da coloro che li hanno studiati. Sulla parete inferiore dell'uretra si trova un rialzo longitudinale mediano e due laterali nei quali si osservano dei fori od infossamenti più o meno numerosi, che altro non sono se non introflessioni o lacune della mucosa uretrale. Laddove in vicinanza del meato dell'uretra confluiscono i rialzi longitudinali si scorge, su ciascun lato, un orificio rotondo od ovale alquanto più grande dell'apertura delle comuni lacune. Per questo foro si penetra con un sottile specillo in un canale che corre nella direzione dei rialzi longitudinali per 1 a 2 centimetri. Questa lunghezza è propria della parte sondabile dei canalini, ma oltre questo punto, essendo essi ristretti per le successive ramificazioni, lo specillo non penetra. Per questo lo Schüller attribuisce a questi canalini una lunghezza persino di 3 centimetri. Sta di fatto che cominciando le sezioni in serie dalla parte superiore dell' uretra, ben presto s' incontrano le ultime loro diramazioni.

Alle volte essi sono circondati da un cercine rilevato, cosichè appaiono situati fra una piccola eminenza della mucosa. Gli orificii loro sono alquanto più stretti del lume del canale che loro fa seguito. Spesso questi sbocchi non sono per speciale disposizione del meato uretrale visibili dall'esterno. Essi sono più manifesti nel periodo di maggior attività sessuale, e così dai 20 ai 35 anni, nella gravidanza e nel puerperio. Si atrofizzano nell'età climaterica, divenendo molto piccoli finchè a stento se ne vedono gli orificii nelle vecchie. Il Dohrn li ha trovati però anche in donne dai 70 ai 80 anni. Io li ho visti ben manifesti in una donna di 62 anni. La lunghezza cresce coll'età, sicchè sono più lunghi negli adulti che nei ragazzi. Il Dohrn li trovò in feti di 36 cent. di lunghezza e nei feti di 29 cent. ora li vide ora no, in feti meno lunghi non li potè trovare. Nell' uretra di due gemelli lunghi 30-31 cent. non ne potei in sezioni microscopiche trovar traccia. Li trovai invece, uno molto corto in un feto lungo 40 cent. In certi casi (Dohrn in 2, io pure in 2) trovasi un 3.° canale seguente il rialzo mediano, lungo 1 cent.,

largo 1 mm. con poche ramificazioni. Anche lo Schüller (1) ha trovato questo 3.° canale meno lungo dei due laterali. Oberdieck ha visto il canale mediano, ed anzi in un caso ne ha trovati 6, 3 per parte, aprentisi in due tasche comuni larghe tanto da ammettere un catetere.

Dopo un tratto di 1[2 ad 1 cent. 1[2 essi si ramificano (V. Fig. 1.ª) dando luogo così a 2-3 tubuli più ristretti del primitivo, e che in breve anch' essi si ramificano producendo un assieme di 5-7-8 cavità irregolari separate da sottili tratti di connettivo, e ricoperte di epitelio (V. Fig. 4.ª).

Per gli esami microscopici ho proceduto nel modo seguente:

Asportata l' uretra con taglio semicircolare terminante sulla parete anteriore della vagina, in modo quindi da aversi attaccata alla parete inferiore dell'uretra un tratto di parete vaginale, e spingendosi col distacco dell'uretra fino al suo sbocco in vescica, e indurita in alcool, colorata in massa ed inclusa in parafina, ne ho fatte sezioni in senso trasverso. Le sezioni in serie si ponno cominciare o dallo sbocco uretrale nel vestibolo o dalla parete posteriore dell'uretra stessa. Il primo modo può in qualche maniera render difficile il riconoscimento dei canali uretrali, in quanto che posta sul microtomo verticalmente l'uretra, cominciando a sezionarla dall'apertura anteriore, per un buon tratto le sezioni non cadono che su mucosa vulvare nella quale sono scolpite numerose aperture disposte di preferenza alla semicirconferenza inferiore, in numero di 5 o 6 e che ben presto si ramificano moltiplicando così le aperture che circondano l'uretra, nella mucosa delle quali si aggiungono altre numerose aperture ramificate sboccanti sull'uretra stessa. Riesce quindi un po' indaginoso distinguere fra tutti questi canali quali siano i così detti uretrali.

Invece cominciando le sezioni dalla parte posteriore, escluse le piccole lacune dell'uretra e che hanno per caratteristico di non approfondarsi che poco nello spessore della mucosa, si incontrano ben presto gli ultimi e più profondi cul di sacco delle ramificazioni dei canali uretrali. Ed ecco quanto ho potuto osservare:

Epitelio di rivestimento uretrale. — Nella maggior parte dei casi questo è piatto stratificato coi noti tre stati; il profondo di una fila

---

(1) « Ein Beitrag zur Anatomie der Weiblichen Harnöhre. » *Wirchow's Archiv,* Band. XCIV, p. 405.

unica di cellule cilindriche, quel di mezzo di cellule rotonde, ovali, a clava, il superficiale di veri elementi piatti. Tale disposizione in alcuni casi si conserva tal quale per tutta la lunghezza dell' uretra, in altri verso l' orificio interno si muta in uno o due strati di cellule rotonde o cubiche.

In altri casi ho riscontrato elementi veramente cilindrici da cima a fondo, in alcuni punti ad uno strato (in alto), per lo più a 2, più raramente a 3 strati sovraposti e sotto lo strato di cellule cilindriche molti elementi rotondeggianti, e più piccoli posti fra i processi acuti delle cellule lunghe cilindriche. E ciò in 4 esemplari su 30. Finalmente in alcuni casi un epitelio a molti strati di piccole cellule con nucleo grosso rotondèggiante od ovale con scarsa sostanza proto plasmatica, a forma rotonda, e qua e là uno strato superficiale di epitelio cubico. Ed in questi casi in corrispondenza della metà superiore dell'organo ho visto uno strato unico di cellule più basse delle cilindriche ma larghe, quasi quadrangolari (vera forma di epitelio cubico).

Concordano quindi le mie osservazioni più particolarmente con quelle di Oberdeck (1); per cui appare che l'epitelio dell'uretra femminile soggiace a varietà individuali. E mentre questo autore confessa di non essere in grado di decidere se si presenti più spesso l'epitelio cilindrico od il piatto, a me pare dimostrato che la forma cilindrica sia la meno frequente, avendola io infatti trovata nettamente 4 volte su 30, mentre più di spesso ho trovato la forma piatta.

E dalle mie osservazioni sarei pur tratto a concludere che nelle stesse uretre l'epitelio non è conforme da cima a fondo; che in 2 casi in cui manifestamente in parecchi tratti era cilindrico superficialmente e rotondeggiante profondamente, e ciò anche in vicinanza dell' orificio esterno, in altri tratti mancava lo strato cilindrico ed esisteva invece un epitelio di cellule piccole rotondeggianti di cui alcune sole avevano appunto la forma ovale col diametro massimo perpendicolare alla superficie uretrale, rappresentanti un primo accenno alla forma cilindrica perfetta. Questa forma di elementi ovali posti in fila l'uno accanto al-

---

(1) « Ueber Grithel und Drüpner der Harnblase und der Weiblichen und Mannlichen Urethra. » *Gekrinte Preisschrift*, Göttingen, Akademische Buchandlung, 1884.

l'altro e ricordanti la cilindrica, ma di questa più bassa, in alcuni punti anzi ad unico strato, li ho trovati in tutta la lunghezza di due uretre di feti gemelli nati morti al 6.° mese di gravidanza, mentre poi in parecchi feti a termine ho veduto l'epitelio piatto a strati per la maggior parte della lunghezza dell'organo.

Che la forma cilindrica poi sia la meno frequente è dimostrato dall'asserto della maggior parte dei trattatisti di istologia, che affermano l'epitelio uretrale essere stratificato piatto; mentre per alcuni pochi è tappezzata da epitelio cilindrico che vicino al meato trapassa allo stato pavimentoso (Paul Latteux) e secondo altri pavimentoso nella metà inferiore, è uguale a quello della vescica in alto, cioè multiforme e di transizione (Berry Hart e Frauland Barbour).

Nulla di speciale debbo riferire circa alla struttura della mucosa. Quanto alle lacune numerosissime tutt'attorno all'uretra e più in basso che in alto esse si presentano ad orificio largo che va restringendosi man mano che si approfondano nella mucosa di cui non oltrepassano mai il limite periferico, alcune uniche poche e poco profonde, le più ramificate e quindi un po' più profonde, e di queste qualcuna simulante vere glandole a grappolo, sono sempre tappezzate dall'epitelio identico a quello che in quel tratto presenta la superficie libera dell'uretra.

Quanto alla *struttura dei canalini* ecco quanto ho potuto vedere: partenti dalla superficie libera dell'uretra, il più delle volte circondati da un cercine di epitelio piatto a molti strati, composti di densi zaffi che si approfondano fra le papille del derma mucoso, essi decorrono obliquamente nello spessore della mucosa; ben presto attraversata totalmente questa si collocano fra gli strati profondi di questa ed i più superficiali della muscolare dell'uretra e quindi camminando verso l'alto, e conservando sempre questi rapporti colle parti vicine non si approfondano più oltre. La parete dei canalini è formata da connettivo fascicolato con vasi e circondata dalla muscolare dell'uretra. Essi dopo un decorso vario di pochi mm. ed 1 cent. si ramificano, dando così origine nelle sezioni trasversali dell'uretra a 2, poi a 3 e più orificii di varia forma, ma sempre più piccoli man mano ci avviciniamo al loro estremo superiore ove si ponno contare persino 7 od 8 vani vicini gli uni agli altri. L'epitelio di rivestimento anche per tali canalini è identico a quello che tappezza l'uretra nei singoli casi. Alcune di queste ramifica-

zioni sono poco profonde, strette ed a loro volta suddivise in due o tre piccole cavità.

Generalmente il loro epitelio di rivestimento è piatto; però in esso non si riscontrano manifestamente che i due strati fondamentali, cioè quello di cellule cilindriche ad una o due file e quello intermedio di cellule rotonde ovali o a clava, ma se non costantemente, almeno il più delle volte manca lo strato superficiale di veri elementi piatti (Vedi Figura 3.ª). Ho detto il più delle volte, perchè in qualche tratto realmente se ne scorgono alcuni o ancora aderenti alla superficie del canalino o liberi nella cavità dei medesimi.

Nei casi in cui questo epitelio dei canali uretrali è stratificato piatto, si mantiene tale persino nelle ultime ramificazioni.

Ma negli individui in cui riscontrasi l'epitelio cilindrico rivestente l'uretra e le sue lacune, anche i canalini sono rivestiti da epitelio cilindrico in alcuni tratti ad unico strato, in altri a due o tre strati, con elementi rotondi e piccoli fra le estremità profonde e sottili delle cellule cilindriche, identico insomma a quello descritto nell'uretra (Vedi Figura 5.ª).

Ed in numerosissimi preparati non mi è mai occorso (siccome le sezioni comprendevano sempre tutto lo spessore dell'uretra) di vedere per ciascuna preparazione se non un unico tipo di epitelio, tanto alla superficie dell'uretra come nelle lacune e nei canalini.

Anche nei casi di epitelio cubico nell'uretra, i canalini erano tappezzati da forme di transizione (elementi rotondi o cubici).

Questo polimorfismo di epitelio spiega la descrizione data dai vari istologi che hanno descritto delle glandole nell'uretra. Così lo Schenke ne ha descritto delle analoghe a quelle di Littre nell'uretra dell'uomo. Sappey ha parlato di glandole tubolari.

Il preparato disegnato nella Figura 4.ª mostra molti orifici tappezzati da epitelio cilindrico e rappresenta un bel tipo di glandola ramificata a grappolo in sezione trasversa, essendo in quel caso i canalini e sue ramificazioni tappezzati come l'uretra da epitelio cilindrico. Ma come questo, si potrebbero vedere moltissimi altri preparati in cui le ultime ramificazioni dei canalini eran tutte ad epitelio stratificato piatto. E questi anzi rappresentano il caso più frequente.

È oramai dimostrato specialmente dal lavoro del Dohrn che questi

canali nulla hanno di comune cogli avanzi dei canali di Wolff. Questi infatti raggiunto il contorno uterino a livello dell'orificio interno si approfondano nello strato muscolare dell'utero, rimanendo sempre all'orlo esterno di questo, camminano all' avanti, all' interno ed in basso verso la volta vaginale; il loro lume è di un' ampiezza molto variabile ed il tragitto di un aspetto irregolarissimo. Si trovano spesso avvolti a spira, specialmente nel decorso entro la sostanza uterina; tengono un decorso rettilineo nel setto uretro-vaginale, dove decorrono nello strato di tessuto connettivo sottomucoso della vagina. In nessun embrione il Dohrn ha potuto seguirli fino allo sbocco uretrale; in molti embrioni fra il 4.° ed il 5.° mese non rinvenne di loro che traccie interrotte.

Più spesso manca il sinistro. Oltre questo periodo di vita intrauterina non potè trovarne vestigia. Il Rieder (1) che si è occupato dopo il Dohrn di questo argomento, ha concluso che i canali di Gärtner dopo il periodo embrionale non sono più mai conservati perfetti, ma però se ne ponno dimostrare i resti in un terzo circa di tutti gli individui, compreso adulti e vecchi. Però anche il Rieder nei casi più manifesti conclude che oltre la metà lunghezza dell' uretra non si ponno più rinvenire. Il loro epitelio è cilindrico.

A questo scopo ed anche per studiare l' erosione al muso di tinca che tanto di frequente trovasi nei feti a termini e per vedere più specialmente se questa sia alle volte ricoperta da epitelio pavimentoso come hanno detto il Fischel ed il Klotz, io ho fatto numerose sezioni del collo dell'utero dell'orificio interno in giù ed anche del setto vescico-vaginale, ma non ho potuto mai trovar traccia dei canali di Gärtner.

Queste ricerche le ho fatte in 8 feti a termine e su due gemelli a 6 mesi circa. Mi è mancato il materiale per poterle estendere a feti di età inferiore.

Alle stesse conclusioni è giunto da noi il prof. Pestalozza. L' essere essi ramificati, il trovarsene più di due, anzi spesso tre ed anche più, il decorrere per tutta la loro lunghezza nello spessore dell' uretra ed anzi in maggior prossimità del canale, di quello che sia verso la

---

(1) « Ueber die Gartner'schen (Wolff'schen) Känale beim menphlicher Weibe. » *Wirchov's Archiv*, Bd, XCVI, p. 100.

periferia esterna e finalmente il mancare affatto in feti di 28 centimetri (Dohrn) e secondo le mie ricerche in due feti di 30 cent. ha fatto già da tempo concludere che essi nulla hanno a che vedere coi canali di Gärtner.

Il fatto poi di cui non ho trovato accenno neppure nel lavoro del Dohrn, che è peraltro il più completo nella descrizione dei canalini uretrali, dell'identità cioè nei singoli casi del loro epitelio con quello uretrale, per me costituisce un ulteriore argomento e validissimo in appoggio dell'idea che detti canalini siano dipendenza dell'uretra e nulla abbiano a che vedere coll'estremità inferiore dei canali di Wolff.

Quale è la loro espressione funzionale? Lo Skene ammise che essi fossero vere glandole. Il Dohrn li ritenne tubi ramificati in rapporto con glandolette. Qualcuno li volle giudicare identici alle lacune uretrali, solo più di queste sviluppate in lunghezza, larghezza e numero di ramificazioni. Altri pensò che avessero nella maturità sessuale un ufficio equivalente a quello della prestata maschile, di cui sarebbero rappresentanti nella donna. Che finalmente, come ghiandole, segregassero un liquido tenace che fa lubrica la mucosa uretrale ed impedisce l'entrata dell'aria in vescica [Van Cott (1)].

Di tutte queste ipotesi non è possibile dire ora quale sia la vera.

Le nozioni istologiche intorno a questi canalini, chiariscono piuttosto un altro punto fin ora oscuro della patologia uretrale femminile. Si sa che fra i tumori di questa sono stati descritti dei polipi il cui volume può variare da una capocchia di spillo ad una noce, posti ordinariamente lungo la linea mediana della parete posteriore. Una delle idee intorno alla patogenia di questi tumoretti, non da tutti accettata (2), è quella del Pozzi (3), che ritiene tanto i polipi uretrali che il prolasso della mucosa uretrale come gradi diversi di un' ipertrofia della parte inferiore della parete posteriore dell'uretra. Ora alcune descrizioni istologiche hanno fatto classificare tali tumoretti fra gli adenomi, in quanto che nella compagine loro sono state trovate tante cavità tappezzate da

---

(1) *Broklyn med. Journ.*, 1888, N. 2.

(2) Cuzzi e Resinelli. « Del prolasso della mucosa dell'uretra femminile. » *Morgagni*, 1894.

(3) *Gynécologie*, pag. 1022.

epitelio cilindrico, e paragonate a glandole a grappolo come quelle della mucosa del collo uterino [Troquart (1)].

Riesce invece chiaro, senza ricorrere all' idee di neoformazioni speciali, la spiegazione datane dal Pozzi, ch' io condivido. Si tratta di ipertrofia della mucosa uretrale e precisamente di quella parte di essa dove si trovano appunto i canali ramificati, che alle volte sono tappezzati da epitelio cilindrico, e che rimangono così inclusi nel tratto di mucosa che per l'ipertrofia si fa sporgente. Occludendosi poi uno di questi canalini si potranno avere dei tumoretti identici a polipi mucosi cistici. In un caso da me operato di polipo grosso come una piccola nocciuola sporgente dal meato, e impiantato sulla linea mediana della parete posteriore per mezzo non di un vero picciuolo, ma di una lunga crosticciuola che profondamente degradando si continuava insensibilmente colla parete dell' uretra, potei all' esame microscopico vedere fra gli elementi normali della mucosa, ed in mezzo ad un tessuto ricchissimo di vasi a pareti esili, 4 o 5 piccole cavità tappezzate da epitelio stratificato piatto identico a quello che ricopriva la superficie esterna del polipo.

---

(1) *Journal de médecine de Bordeaux,* N. 24, 1886.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Fig. 1.ª — Sezione della semicirconferenza inferiore di un' uretra di neonata. — Leitz Ob. 3, Oc. 3.

u. Epitelio di rivestimento dell'uretra.

a. Prime suddivisioni dei canali uretrali.

Fig. 2.ª — Sezione della stessa uretra rappresentata nella Fig. 1.ª — Leitz, Ob. 3, Oc. 3.

u. Epitelio di rivestimento dell'uretra.

a. Dilatazione cistica di un canalino uretrale.

b. Ramificazioni secondarie dello stesso canalino.

Fig. 3.ª — Dalla stessa uretra di neonata di cui alla Fig. 1.ª e 2.ª — Leitz, Ob. imm. $^1/_{12}$, Oc. 5.

Epitelio di rivestimento dei canalini uretrali in una delle ultime ramificazioni.

Fig. 4.ª — Presa da un'uretra di donna a 27 anni. — Leitz, Ob. 3, Oc. 5.

Ramificazioni di un canalino uretrale a metà decorso. In questo caso anche l'uretra era rivestita da epitelio cilindrico.

Fig. 5.ª — Presa dall'uretra di cui alla Fig. 4.ª — Leitz, Ob. imm. $^1/_{12}$, Oc. 3.

Epitelio di un canalino a metà decorso, identico a quello che rivestiva l'uretra.

Fig. 6.ª — Presa da un'uretra di ragazza a 15 anni. — Leitz, Ob. imm. $^1/_{12}$, Oc. 3.

Epitelio di rivestimento dell'uretra a metà circa del suo percorso.

Fig.ª 1.ª

Fig.ª 4.ª

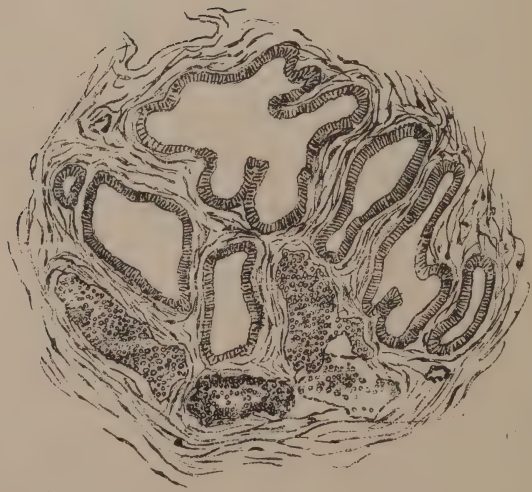


Fig.ª 2ª.

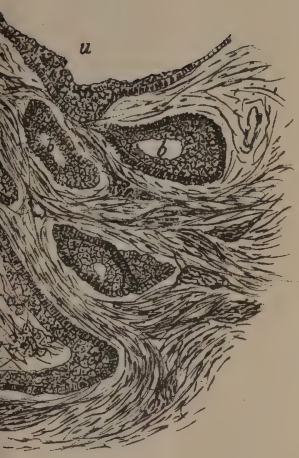
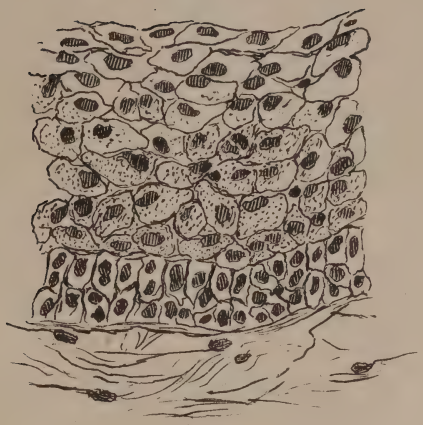


Fig.ª 3ª.



ª

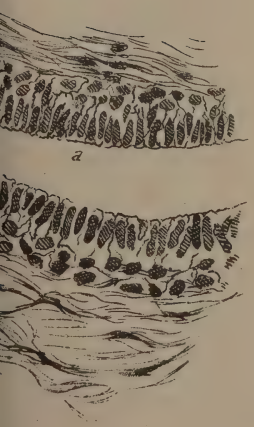
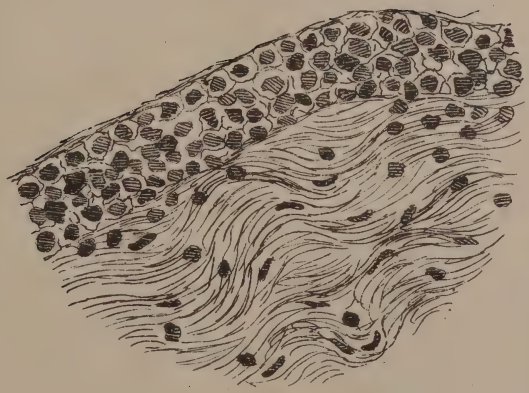


Fig.ª 6ª



RASSEGNA

Prof. O. v. HERFF, della Clinica Ginecologica dell' Università di Halle. — **Zur Mechanik der Inversio uteri puerperalis** (*Intorno il meccanismo dell'inversione dell'utero puerperale*). — *Münch. medic. Wochensch.*, 1895, N. 2.

Perchè si produca l'inversione dell'utero puerperale occorrono alcune *condizioni predisponenti:* flaccidità delle pareti uterine, ampiezza della cavità: paresi delle fibre muscolari circolari dall'orificio uterino interno: e alcune *condizioni determinanti:* trazione dall'interno e pressione dall'esterno sulle pareti uterine; sia che trazione o pressione agiscano isolatamente, o, *a fortiori*, simultaneamente.

È inutile rammentare i casi nei quali praticamente suole avvenire l'inversione per effetto di trazioni, spontanee o artificiali (trazione sul funicolo, sulla placenta, parto rapidissimo in posizione eretta, anomalie di lunghezza e di resistenza del funicolo, ecc., ecc.) e per effetto di compressioni eccessive (secondamento alla Credé, aumenti della pressione endo-addominale, ecc.). Anche l'A. non si ferma gran chè su di essi. Invece egli discute con certa larghezza intorno al meccanismo dell'inversione in quei casi nei quali non si verificò nessuno dei soliti accidenti e nei quali, quindi, apparentemente, non si riscontrano le condizioni determinanti sopra accennate.

In tali casi ancora da molti si suole ammettere senz'altro la spiegazione messa avanti da Rokitansky, secondo cui il fondo uterino e specialmente il segmento di esso che dà inserzione alla placenta, diventato molle, cadrebbe nella cavità uterina spintovi dalla pressione addominale o dal peso della placenta: lì funzionerebbe come corpo estraneo, come un tumore sottomucoso, determinando nelle rimanenti zone delle pareti contrazioni dirette in modo da condurre all'inversione completa dell'organo. Tali contrazioni, osserva l' A., non potrebbero essere prodotte nè dalle fibre dello strato interno, nè da quelle dello strato esterno, perchè esse si opporrebbero al rilasciamento del fondo, condizione presupposta come necessaria alla produzione del fenomeno. Non rimarrebbe che lo strato medio, pel quale però dovrebbe ammettersi la condizione isolata delle sole parti distali — è perciò ammesso, restebbe ancora inspiegato perchè vadano entro la cavità del corpo il

fondo e l'inserzione placentare, quando la donna è nella posizione dorsale, e come si produca l'inversione in quei casi nei quali, come in uno recente dell'A., le pareti uterine sono rammollite in tutto il loro spessore e in tutta la loro estensione.

Per tutto ciò, sembra all'A. doversi attribuire maggiore importanza alla dottrina secondo cui l'inversione che formasi nelle condizioni sopra accennate *discenderebbe dello squilibrio di pressione cui la cavità uterina si troverebbe sottoposta, per lo stabilirsi in essa di una pressione negativa.* Ciò si verifica appunto quando, cessando le contrazioni dell'utero e aumentando così il volume della sua cavità, le vie genitali sono ermeticamente chiuse all'ingresso dell'aria: cause di tale occlusione potrebbero essere il feto, la placenta, coaguli di sangue, la ristrettezza dell'orificio uterino interno, la posizione assunta dalla donna, ecc., ecc. Oltre a ciò bisogna che i vasi decorrenti nello spessore della tonaca uterina non possano versare il loro contenuto nel lume dell'organo, condizione che si può verificare o per l'occlusione di detti vasi da trombosi o per parziale contrazione degli strati muscolari.

Tale spiegazione ammette l'A. per uno dei suoi due casi (il più interessante) di inversione uterina: l'altro fu causato dallo zelo eccessivo con cui un giovane medico eseguì il secondamento alla Credé.

Dott. L. Villa.

H. FRITSCH. — **Ein Fall von völligem Schwund der Gebärmutterhöhle nach Auskratzung** *(Un caso di scomparsa completa della cavità uterina in seguito al raschiamento).* — *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, N. 52.

In una puerpera di 25 anni, che presentava continue emorragie dall'utero si fece il raschiamento nella narcosi cloroformica. Le emorragie cessarono, la donna tornò in buona salute: però per tutto il periodo di due anni circa, non ebbe mestruazioni. Ripresentasi in ottime condizioni generali, non ha perdite, non traccie di nevrosi riflesse: vagina ampia, orificio esterno chiuso, utero infantile. Ogni tentativo di aprirvi artificialmente una cavità riesce vano: *l'utero è perfettamente obliterato.*

Sì grande lesione delle pareti dell'utero doveva necessariamente attribuirsi al raschiamento eseguito con troppo zelo durante il periodo puerperale. In tale periodo è specialmente da raccomandare che l'atto operativo sia condotto con molta delicatezza. Il caso citato appoggerebbe inoltre il concetto che, data una dismenorrea o una emorragia ostinata in via generale, sia preferibile l'isterectomia vagi-

nale totale alla castrazione: i timori che ne risultino forti disturbi nelle epoche mestruali e disturbi nervosi non sarebbero fondati.

Dott. L. Villa.

J. MERTTENS. — **Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der menschlichen Placenta** *(Contributo all'anatomia normale e patologica della placenta umana).* — *Zeitsch. f. Gebursth. und. Gyn.,* 31 Bd., 1 Heft., con 4 tavole.

Le indagini dell'A. si riferiscono alla necrosi della decidua serotina e riflessa, necrosi che ricorda perfettamente quella consecutiva a processi emorragici dell'utero, quali descrissero Slavjansky nell'endometrite emorragica da cholera, Weiss e Koffer nei casi di distacco precoce della placenta normalmente inserta. Le cause di tali necrosi, se cioè essa risieda nella pressione esercitata dallo stravaso o dall'impedito deflusso della linfa, oppure in altri fatti, non è punto chiara. In seguito l'A. descrive un caso di *iperplasia dei villi coriali,* ricordando quanto ora si conosce dei tumori solidi della placenta.

Dott. L. Villa.

L. KLEINWAECHTER. — **Zur Frage der Castration als heilender Factor der Osteomalacie** *(Della castrazione considerata come mezzo di cura dell' osteomalacia).* — *Zeitsch. f. Gebursth. und Gyn.,* 31 Bd., 1 Heft.

Già da tempo il Winckel ha mostrato che esageravasi da taluno il valore terapeutico della castrazione impiegata contro l'osteomalacia: l'A. si associa alle conclusioni del Winckel: inoltre egli crede che si dovrebbe più profondamente studiare quale influenza ha il semplice taglio cesareo conservatore sul decorso del processo osteomalacico: in tale campo d'indagine devesi ancora raccogliere molto materiale. Egli comunica due casi: l'uno, un taglio cesareo con ablazione delle ovaie, non si presta alla questione terapeutica perchè la donna morì in quinta giornata per occlusione intestinale; nell'altro, un taglio cesareo con conservazione delle ovaie, seguirono la guarigione dell'osteomalacia e la convalidazione delle ossa. Ripresentatasi l'ammalata 3 anni e 45 giorni dopo l'operazione e risottoposta ad esame, si trovò che la guarigione era proprio stata completa e definitiva. Però è da osservare che in quel frattempo non era sopravvenuta nessuna gravidanza e che non di rado passato il periodo gravidico la osteomalacia può guarire da sè.

Dott. L. Villa.

S. CHOLMOGOROFF. — **Zur Behandlung der completen Uterusrupturen** *(Sul trattamento delle rotture complete dell' utero).* — *Zeitsch. f. Gebursth. und Gyn.,* 31 Bd., 1 Heft.

Nel trattamento delle rotture complete dell' utero due metodi sono principalmente usati: la *laparotomia,* seguita o no dalla sutura della lacerazione, dalla demolizione o dalla conservazione dell' utero; e il *tamponamento* seguito dal *drenaggio* dal lato della vagina. I risultati ottenuti coi due metodi si bilanciano presso a poco fra di loro, così che nessuno dei due può essere elevato a metodo generale. In un caso il quale il feto era passato colla testa e col dorso attraverso la rottura uterina e nel quale si dovette estrarre manualmente la placenta caduta fra le anse intestinali (condizioni più sfavorevoli rispetto ai pericoli dell'infezione non si potrebbero immaginare), l'A. procedette nel modo seguente: irrigò la cavità addominale con soluzione borica calda al 2 %: mise in evidenza la lacerazione del collo uterino e la suturò dalla vagina, lasciando aperto l'angolo sinistro della lacerazione stessa dal quale approfittò per collocare un drenaggio di garza jodoformica. Così cessò immantinente l'emorragia e in seguito ogni altra secrezione. La paziente guarì. Durante il puerperio si notarono rialzi termici, riferibili però a un ascesso mammario.

Dott. L. Villa.

B. ROSINSKI. — **Einige kritische Bemerkungen zu Fournier's Monographie « Die Vererbung der Syphilis. »** *(Alcune osservazioni critiche alla monografia di Fournier « L'eredità della Sifilide. » — Zeitsch. f. Gebursth. und Gyn.,* 31 Bd., 1 Heft.

Fournier ha sostenuto recisamente che un' infezione sifilitica subìta dalla madre dopo il concepimento, durante la gravidanza, passa da essa al feto; e che, viceversa, un feto colpito direttamente dall' infezione per opera della cellula riproduttrice paterna, può più tardi infettare alla sua volta l' organismo materno rimasto fino allora immune: in una parola, la placenta non apporrebbe nessuna barriera all'infezione sifilitica. Rosinski difende la dottrina opposta, emessa prima innanzi da Kassowitz e adduce fatti per suffragare le proprie asserzioni e combattere quelle di Fournier. Benchè si siano fatte osservazioni a migliaia, non si riuscì una sola volta ad ottenere una prova diretta di quanto affermò Fournier, cioè a dimostrare: che una donna fu infettata solo dopo avvenuto il concepimento e partorì un feto sifilitico. Ma se non possono, a giudizio dell'A., i microrganismi sifilitici dell' in-

fezione sifilitica attraversare la placenta, possono però, naturalmente, i loro prodotti solubili passare dal sangue materno a quello fetale, e viceversa: per tal modo spiega il Rosinski, insieme a molti altri autori, l'immunità rispetto alla sifilide di madri che, pur essendo rimaste sane, partorirono bambini sifilitici. Colla teoria di Fournier non si spiegherebbero neppure quei casi di gravidanza gemellare, nei quali l'uno dei feti ha la sifilide congenita e l'altro ne è immune. E a questo proposito l'A. cita il caso seguente: di due gemelli, nati press'a poco maturi e provenienti da due uovi distinti, l'uno nasce con segni evidenti di sifilide e muore in nona giornata: l'altro, invece, viene partorito sano, e tale si mantiene per sei settimane: da allora scoppia su di lui un'eruzione di natura sifilitica che lo conduce a morte in pochi giorni. Tale notevole differenza del tempo in cui si presentarono i sintomi della malattia nei due gemelli rimane inspiegata.

Dott. L. Villa.

R. LANDERER. — **Ueber Metastasenbildung bei carcinomatösen Ovarialeysten** *(Metastasi da cistocarcinoma dell'ovaio).* — *Zeitsch. f. Gebursth. und Gyn.,* 31 Bd., 1 Heft., con 2 tavole.

L'A. trovò il materiale pel suo lavoro in tre casi di cistoadenoma maligno dell'ovaio, seguiti da metastasi peritoneale. In un caso la massa neoplastica proliferante nello spessore delle pareti cistiche verso il peritoneo usurò le pareti stesse ed ulcerandosi diede luogo a detriti che, trasportati altrove, produssero metastasi: in un altro caso si verificò per contatto (peritoneo del legamanto largo, della plica di Douglas) la diretta trasformazione degli endotelii peritoteali in epitelii (?): nel terzo caso le particelle della massa neoplastica furono spremute attraverso gli stomi linfatici del peritoneo dalla pressione intraddominale. Le tube possono prestarsi alle formazioni di metastasi in tre modi: o attraverso il peritoneo che ricopre i legamenti larghi, o lungo la via che è seguita dall'ovulo nell'emigrazione dall'ovaio all'altro, o lungo le vie linfatiche. Pel modo quindi con cui si diffondono i carcinomi, e per l'analogia che tale diffusione ha con quella dei processi infettivi (sepsis, tubercolosi, ecc.), l'A. è indotto ad appoggiare il concetto dell'eziologia infettiva dei neoplasmi maligni epiteliari, sia ch'essa si riferisca ad agenti di natura animale o vegetale.

Per quanto interessa principalmente il clinico, le osservazioni dell'A. condurrebbero alla deduzione che le cisti ovariche debbano essere operate appena diagnosticate, per evitare i pericoli della metastasi carcinomatose: che durante l'ablazione di tumori ovarici maligni si evitino scrupolosamente le recidive per innesto strumentale e che, avuto riguardo al contenuto della tuba, si proceda eventualmente all'estirpazione di un largo tratto di esse.

Dott. L. Villa.

D.r JESSETT. — **Twelve cases of vaginal hysterectomy for carcinoma uteri with one death** *(Dodici casi di isterectomia vaginale con un decesso).* — *The British Gynaecol. Journal,* February 1894.

Scopo dell'A. nel portare questi casi davanti alla Società è di sentire il parere dei vari membri sui seguenti quesiti:

1.° Quali dati ci saranno guida nel consigliare un atto operativo nei casi di tumori maligni dell'utero?

2.° Qual'è il miglior metodo di praticare l'estirpazione totale dell'utero e la cura della ferita dopo la sua rimozione?

3.° Qual'è la mortalità immediata che si può avere e la probabilità di recidiva della malattia?

I casi dell'A. furono operati negli ultimi 12 mesi e quindi le sue osservazioni riguardano solo la sicurezza dell'operazione e bisogna lasciar passare del tempo per giudicare quanto siasi ottenuto dalla cura radicale.

In un'altra comunicazione alla Società sui risultati di 25 casi di amputazione sopravaginale per cancro, l'A. ha espresso la sua opinione che quei casi di cancro dell'utero nei quali la malattia è limitata alla porzione vaginale o al collo uterino, e nei quali il fondo non è invaso, sono casi nei quali bisogna accontentarsi di fare l'amputazione sopravaginale del collo. L'A. non ha ragioni per modificare questa opinione. Nei casi invece in cui la malattia si è estesa oltre il canal cervicale o è cominciata nel fondo uterino e l'utero è mobile, si può facilmente trarlo alla vulva, in questi casi è indicata l'estirpazione totale. Se però la malattia è estesa ai legamenti larghi o se la parete vaginale è seriamente invasa, o se si può sentire qualche ingrossamento delle ghiandole lombari e sacrali e l'utero è fisso, allora è meglio non intervenire o ricorrere a qualche misura palliativa.

Quanto alla recidiva è difficile stabilire una regola perchè è impossibile sapere sino a qual punto i linfatici sono invasi. Bisogna lasciarsi guidare dalla natura del tumore e a questo scopo l'A. raccomanda di ottenere una porzione per l'esame istologico. Ritiene che i carcinomi midollari che aumentano rapidamente e i sarcomi a cellule rotonde recidivano di certo e molto più presto del carcinoma adenoide e dell'epitelioma. Dalla statistica di Hofmeier, dalla pratica di Schroeder, unendo le operazioni complete e le parziali si vede che il percento dei casi nei quali non si ebbe recidiva dopo un anno è in favore dell'estirpazione totale, poi ogni anno dopo questo il vantaggio diminuisce gradatamente fino che alla fine del quarto non uno dei casi operati d'estirpazione totale era senza recidiva, mentre il 41.3 0[0 dei casi nei quali era fatta l'operazione parziale stavano bene dopo 4

anni. Sembra sianvi due modi di spiegare queste statistiche, uno è che in quei casi nei quali si fece l' esportazione parziale la malattia era stata riconosciuta e tolta prima che i linfatici fossero affetti, l'altro è che nei casi di rimozione parziale la malattia era o epitelioma o carcinoma adenoide, mentre nel maggior numero dei casi in cui si fece l'esportazione totale la malattia era o sarcoma o carcinoma midollare. Ritiene che un gran numero di tumori maligni dell' utero siano sarcomi.

Se si può provare che questi tumori recidivano presto, si può domandare se in tali casi convenga intervenire e se solo quando si siano visti molto presto. Quanto al metodo migliore di fare l'operazione dà la preferenza alle legature. Nelle donne che hanno passata la menopausa non è necessario togliere le ovaia e le tube, ma nelle più giovani se si presentano nel campo operatorio la paziente non corre alcun pericolo, per la loro rimozione. La questione del drenaggio non è ancora decisa. L'A. a volte lo usò, altre no e di solito quando l'utero è tolto senza molta difficoltà si limita a tamponare la vagina con garza all'jodoformio, negli altri pone un drenaggio in vetro che toglie dopo 24-48 ore se non sorte liquido sierosanguinolento. Non crede necessaria la sutura dei lembi peritoneali, però ha sempre cura di stirarli in basso con pinze e di fare il tamponamento colla garza in modo che le loro superfici abbiano a combaciare, impedendo loro così di ripiegarsi su sè stessi. Ritiene importante prima del tamponamento di fare un' irrigazione con acqua sterilizzata per togliere i piccoli coaguli. Catetere classico a permanenza.

DISCUSSIONE.

Dott. Napier. È favorevole al tubo di drenaggio ad alla sutura del peritoneo con catgut perchè un certo numero di casi si perdono tardivamente per aderenze dell'intestino coi lembi peritoneali che producono ostruzione intestinale. Questo stato di cose spesso può essere ritenuto per peritonite settica. Desidera sapere se tutti i casi riportati dell' A. o molti di essi furono esaminati dopo 6 od 8 settimane onde conoscere le condizioni della vagina. Ritiene importante di assicurarsi che non vi siano nodi in vagina prima di dimettere l'operata.

Dott. Purcell. Ritiene come migliore il metodo colle legature. Nei suoi 24 casi, con 6 morti, ha sempre drenato col tubo di Tait senza tamponare e senza suturare fra loro i lembi peritoneali. Ha sempre osservato che verso il quarto giorno vi era perdita di pus e senza il drenaggio si avrebbe avuto peritonite.

Dott. Hey Smith. Ritiene meglio lasciare le ovaia in posto essendovi anche minor pericolo di ferire gli ureteri quando le ovaia non sono stirate in basso.

Dott. Edis. Fece operazioni di tutte le qualità e ritiene che solo quando si vegga il caso all'inizio della malattia si possa fare operazioni parziali i cui risultati sono buoni e piccolo il rischio. Quando il male ha oltrepassato lo stadio locale si deve esser ben guardinghi quanto ad operare ed allora è il caso di impiegare i caustici.

Dott. Bantock. Questione molto importante è lo stadio che la malattia ha raggiunto. Il sarcoma è più maligno del carcinoma..Lo stadio raggiunto dalla malattia

è indicato dalla mobilità dell'utero, ma vi è un punto che è molto difficile a stabilire, se cioè l'utero è mobile o no. Se è solo possibile di prolungare la vita per un anno l'operazione deve essere intrapresa. Il metodo dipenderà dall'operatore, egli preferisce le legature con catgut. Usava da prima il drenaggio di vetro ma lo abbandonò per la garza al jodoformio. Non è necessario in tutti i casi stirare in basso i lembi del peritoneo che si arrotolano in alto naturalmente specialmente il posteriore. Non chiude il peritoneo.

Dott. Reeves. Non vede come gli ureteri possano causare difficoltà quando la vescica è ben separata e spinta in alto a meno che non sia coinvolta dal cancro. Tolse le ovaia in alcuni casi, in altri no, ma possono produrre, se lasciate, disordini mestruali ed in caso a lui noto un tumore si sviluppò in una di esse. Operò in 7 casi: nel primo lasciò 12 pinze, e non pose drenaggio; ritiene questa la causa del risultato fatale che ebbe. Pure egli non usò mai legature nè drenaggio in seguito ma praticò l'irrigazione della ferita. La questione è se si deve fare l'operazione. L'isterectomia è un'operazione difficile. Nei casi favorevoli è del parere di operare.

Piazza.

D.r J. W. TAYLOR. — **Hysterectomy by the clamp operation, a special method for its performance** (with cases) *(Isterectomia mediante l'uso del clamp e metodo speciale per eseguirla).* — *The British Gynaecological Journal,* February 1894.

Quantunque gli operatori d'oggi preferiscano il metodo intraperitoneale nel governo del peduncolo o la totale estirpazione dell'utero nella cura dei fibromi uterini, pure alle volte il trattamento esterno del peduncolo col clamp o serranodi è il solo metodo utile. Il segreto del successo dipende in gran parte dalla perfetta chiusura del peritoneo attorno al peduncolo. L'A. osservò che la cavità peritoneale può essere assolutamente isolata dal peduncolo, includendo il peritoneo parietale nel laccio del serranodi. Per molto tempo non ebbe occasione di eseguire questa operazione perchè preferiva la rimozione degli annessi o la cura aspettante (quando la paziente era vicina alla menopausa) quali soli metodi giustificati di cura.

I risultati finali dell'ablazione degli annessi furono completamente soddisfacenti ed in un sol caso in più di 50 operazioni perdette l'operata. Negli ultimi anni in cinqne casi in cui non riteneva indicata l'ablazione degli annessi nè la cura aspettante, usò l'isterectomia sopravaginale tenendo il peduncolo all'esterno sempre con buon successo. Descrive l'operazione: aperto l'addome e tratto il tumore all'esterno si esaminerà la posizione degli annessi, della vescica e del retto e se è necessario si separeranno fra due legature gli attacchi dei legamenti larghi all'utero. Se questo non è proprio necessario è molto meglio lasciare intatto il rivestimento peritoneale dell'utero.

Si trasfigge allora il peduncolo passando prima coll'ago attraverso il peritoneo parietale a destra, poi attraverso la base del peduncolo e da ultimo attraverso il peritoneo parietale a sinistra. Si passa il filo del serranodi immediatamente al disotto dell'ago (e quindi all'esterno del peritoneo) e stirando con pinze i lembi del peritoneo subito al di sopra e al di sotto del peduncolo, si includono nel laccio che viene allora stretto. Esciso il tumore e pulito l'addome e la pelvi, si fa la sutura delle pareti e si tratta il peduncolo con percloruro di ferro solido e jodoformio. Cita brevemente i cinque casi.

DISCUSSIONE.

Dott. Bantock. Da molti anni l'esperienza gli ha insegnato la necessità di adattare il peritoneo attorno al moncone e di assicurarne i lembi al di sotto del livello del laccio elastico. Sebbene il dott. Taylor abbia avuto buonissimi risultati, questi non sono migliori di quelli da lui ottenuti in simili casi e secondo lui vi sono serie obiezioni al metodo indicato. Perciò non è inclinato ad adottarlo. Uno dei tempi più importanti in quest' operazione è quello di assicurare il peritoneo attorno al peduncolo al di sotto del livello del laccio metallico, a tale distanza che sia al di sotto dell'area di mortificazione ed egli non vede come questo si possa ottenere col metodo di Taylor. Il suo piano è di far aderire il peritoneo attorno al moncone stirandolo in egual modo ai due lati ed allora passare una sutura attraverso il peritoneo a circa un pollice dal suo bordo da un lato, attraverso la parte posteriore della cervice un quarto di pollice al di sotto del filo metallico e poi attraverso il peritoneo del lato opposto. Quando questa sutura è stretta, il peritoneo da ciascun lato è fortemente fissato sulla linea mediana della parte posteriore della cervice. I bordi peritoneali liberi sono allora suturati con 3 o 4 punti di catgut i cui fili sono tagliati corti. Nel chiudere la ferita parietale la sutura vicina al peduncolo inchiude tutti i tessuti eccetto il peritoneo e pone sull'angolo formato col peduncolo una striscia di garza all'jodoformio per assicurare il drenaggio. Non vede come il piano di Taylor possa assicurare miglior chiusura del peritoneo che il suo. Al contrario vi è l'obbiezione seria al piano di Taylor che esso di necessità inchiude la mortificazione di tutto il peritoneo inchiuso nel serranodi. Il suo scopo è di assicurare l'adesione delle superfici peritoneali mediante un processo che non dia distruzione di tessuto. È impossibile limitare il processo di mortificazione in modo che da una parte del sottil filo di ferro vi sia tessuto mortificato e dall'altra tessuto assolutamente sano. Inoltre il dott. Taylor impiega ancora il filo di ferro, l'ossidazione del quale produce sempre un po' di distruzione di tessuto, e sembra non conoscere i vantaggi del metallo delta che egli (dott. Bantock) ha portato a cognizione della professione. Inoltre nei soggetti grassi il metodo di Taylor incontrerà delle difficoltà. Nei casi difficili poi il metodo non sarà praticabile.

Dott. Purcell. Ritiene vi siano soli pochi casi nei quali il peduncolo di un mioma sia lungo a sufficienza per permettere al moncone di esser tratto fuori.

Dott. Christopher Martin. Ha assistito il dott. Taylor in una delle isterectomie e lo ha visto operare in altri casi e si stupì della facilità colla quale il peritoneo

può essere inchiuso nel laccio e delle belle guarigioni delle pazienti. Ritiene tale metodo migliore di quello del dott. Bantock perchè in quest' ultimo tutta la sicurezza del peritoneo dipende dalla tensione di una sutura, mentre col metodo di Taylor il peritoneo è fissato tutt'attorno al peduncolo dal filo di ferro ed è quasi impossibile che materiali settici infettino il peritoneo. Certo il metodo sarà di applicazione difficile nei grossi tumori, specialmente interstiziali.

Taylor replicando, ritiene più sicuro il suo metodo quanto alla chiusura del peritoneo. Inoltre il suo processo è facile e quindi rapido. La grossezza del peduncolo è di poca importanza. Il suo metodo contrasta favorevolmente con quello del dott. Bantock e con tutti gli altri metodi di sutura, in ciò che la chiusura del peritoneo attorno al peduncolo si ottiene senza puntura di esso al di sotto del filo metallico, ciò che può essere sorgente di pericolosa emorragia.

Piazza.

JOHN W. TAYLOR. — **On intra-peritoneal Haematocele forming a definite tumour** *(Sull'ematocele intra-peritoneale formante un tumore definito). — The British Gynaecol. Journal,* August 1894.

I.° Coll'aumentare della sua esperienza l'A. notò il fatto che anatomicamente parlando, una gravidanza tubaria non rotta è cosa non affatto rara; che anche quando si abbia avuto grave emorragia nell'addome e si sia formato un tumore di considerevole dimensione, si può di frequente trovare che il prodotto del concepimento è ancora nella tuba non rotta, e l'emorragia si ebbe dall'estremità frangiata della tromba. E tali casi hanno non solo valore come esemplari di gravidanza ectopica, ma l'emorragia intraperitoneale che producono merita qualche studio a sè.

II.° Quando un vaso sanguigno si rompe ad un tratto nella cavità peritoneale, si sa che qualsiasi coagulo a localizzazione dell' emorragia è molto imperfetto o assente, e che l'emorragia (se non si arresta con mezzi chirurgici) può continuare sino alla morte della paziente. È così caratteristica questa peculiarità dell' emorragia improvvisa nel peritoneo, che alcuni chirurghi hanno messo in questione il fatto che l' ematocele intraperitoneale formi un tumore definito e che un'emorragia che possiede tali caratteri deve avverarsi nei foglietti del legamento largo e quindi fuori del peritoneo. Ora per quanto valevole possa essere tale insegnamento come guida nella pratica, non è però del tutto giusto, ed anche un' emorragia molto abbondante può essere limitata nella cavità peritoneale e formare un' ematocele intraperitoneale con tumore definito. Cita un caso occorsogli nel quale dopo aver operato per cisti del paraovario ebbe emorragia dal peduncolo e si raccolse gran quantità di sangue nella pelvi e nella parte bassa dell' addome. Ne seguì leggera peritonite e il sangue si localizzò, il limite alto dell'affezione essendo definito da una linea che arrivava a metà distanza fra ombellico e pube e il limite più basso

essendo formato dalla tasca del Douglas distesa. Casi analoghi si trovano a volte quale risultato di gravidanza tubarica rottasi con emorragia moderata, in cui la tasca del Douglas stessa è distesa dal sangue e la tensione aumentata di questa tasca, mostra che il suo contenuto non è libero. Questi casi possono essere trattati coll'incisione vaginale come fece l'A. in 2 casi.

Ma se la formazione di un ematocele definito intraperitoneale quale risultato di scivolamento del laccio o di rottura, è eccezionale, la cosa è differente colle emorragie lente o gemizio di sangue che si ha da una tromba di Fallopio aperta quando in essa trovasi gravidanza o mola. Questa è comparativamente la causa comune dell'ematocele intraperitoneale con tumore definito. Secondo l'A. ne è la principale e la più gran parte dei casi di ematocele nel peritoneo sono dovuti a gravidanza tubaria non rotta.

Tali ematoceli endoperitoneali si trovano all'operazione sotto vari aspetti:

1.° A volta è semplicemente una massa di coaguli senza forma o consistenza definita, un grosso coagulo che è facilmente tolto col dito o lavato via con acqua.

2.° Altre volte vi può essere un coagulo di forma definita e di una certa consistenza che, senza aver inviluppo di sorta, è aderente alla superficie peritoneale colla quale è in contatto, un coagulo che, se tolto, lascia una superficie rugosa del peritoneo che non riacquista la sua liscezza dopo spugnature e lavature.

3.° In altri casi, quando si ebbe una leggera peritonite, si trova che avvennero estese aderenze fra la tromba e gli organi circostanti, che a volte unisce l'estremità aperta della tuba colla superficie dell'ovaio, e che si è formato un tumore tubo-ovarico, distendendo il sangue le nuove aderenze.

4.° In un'ultima serie di casi una parete cistica completa è formata dai coaguli sanguigni, affatto indipendente dalla tuba, ovaio o altro organo della pelvi. La parete cistica forma una specie di borsa e nel collo di questa massa globosa si trova l'estremità fimbriata della tuba.

III.° L'A. cita esempi di queste condizioni illustrandoli con disegni.

IV.° L'emorragia intraperitoneale può risultare adunque in almeno quattro condizioni che l'A. chiama: 1.° Semplice coagulo. — 2.° Coaguli con setti aderenti. — 3.° Coaguli con aderenze periferiche. — 4.° Incapsulamento.

Le tre prime di queste condizioni possono spiegarsi fino ad un certo punto col fenomeno riconosciuto della coagulazione e la così detta organizzazione del trombo, quantunque è difficile dar la spiegazione dei setti aderenti. La quarta quella dell'incapsulamento è veramente curiosa, e sebbene l'A. l'abbia osservata nel suo pieno sviluppo, non può trovarne traccia in molti altri preparati. Sembra all'A. che lo stesso sangue possa essere la vera sorgente della capsula in questo caso. L'estremità frangiata della tromba che sanguina si trova in mezzo al sangue effuso attorno ad essa. Forse per semplice deposizione della fibrina si forma un

reale o falso tessuto attorno all'emorragia risultante nell'ematocele incapsulato. Per qual ragione un'emorragia possa a volte terminare in tal guisa l'A. non può dire. A volta un'ematocele intraperitoneale è rapidamente assorbito. Se si stabilisce col drenaggio attraverso la parete addominale o vaginale, un tumore anche voluminoso scompare rapidissimamente. In altri casi cessata l'emorragia, senza operare, il tumore sanguigno va continuamente diminuendo sino a non sentirsene che qualche traccia dopo 5-6 settimane. Quando invece il sangue è raccolto in una cavità naturale o artificiale, quando p. es. trovasi in una tuba non rotta, l'ematosalpinge può non alterarsi in forma e volume per mesi ed anche anni. Nell'ematocele incapsulato il risultato è un po' differente. Il tumore può rimanere stazionario ma il sangue si mantiene più fluido.

V.° Circa il disaccordo che sembra esservi fra le opinioni di distinti osservatori sulla possibilità di diagnosticare la gravidanza tubarica prima della rottura, l'A. dopo attenta considerazione dei casi osservati, ritiene che la differenza è dopo tutto superficiale e facile a capirsi. Fra i casi osservati, in uno solo eravi gravidanza tubarica in tuba non rotta senza traccia di emorragia intraperitoneale, eppure la gravidanza tubarica fu diagnosticata prima dell'operazione. In tutti gli altri casi l'emorragia si fece strada attraverso l'ostio addominale e quantunque ciascuna tuba fosse anatomicamente intera, l'emorragia attraverso l'estremità frangiata era (chirurgicamente) equivalente alla rottura.

Un'altra quistione di qualche interesse è se è possibile una diagnosi differenziale fra una gravidanza tubarica rotta e quell'emorragia per una mola in una tuba non rotta. Risulta dalle osservazioni dell'A. che in questi ultimi casi non vi era amenorrea o appena notevole prima della perdita irregolare, amenorrea che è così comunemente associata a tutti i casi di gravidanza tubarica. Una piccola mola in una tuba del resto pervia può produrre un po' di emorragia in tutte e due le direzioni nei primi stadi. La gravidanza più vitale che si sviluppa nella tuba e la chiude completamente, arresterà il periodo mestruale come una gravidanza normale fino al tempo della rottura della tuba.

Da ultimo vi è la quistione della nomenclatura. Il termine di *aborto tubarico* come qualunque altro nome, se in generale si prende per definire una data condizione, può essere non solo di uso pratico, ma più forte di qualsiasi argomento che possa venir portato contro di esso. Nei casi dell'A. ogni mola è fortemente fissa nella tuba e come la condizione uterina perfettamente analoga a questa è chiamata *aborto incompleto,* l'A. non trova che il nome di *aborto tubarico* sia felice o esatto.

Raccoglie in una tavola le varie conseguenze della gravidanza tubarica.

DISCUSSIONE.

Dott. Savage (presidente). La Società è molto obbligata al dott. Taylor il quale ha specialmente posto in ordine i due soggetti dell'aborto tubarico e dell'ematocele. Prima si credeva che l'emorragia extraperitoneale fosse molto più frequente di quello che è naturalmente.

Dott. Cullingworth. Al presente si è in principio di trovare la strada per riconoscere le più frequenti fonti dell'ematocele intrapelvico. Quanto alla nomenclatura esistono ancora differenze di opinioni. Taylor ha criticato l'espressione di aborto tubario, ma ora si è abituati ad attribuire un definito valore alla frase e non crede sia conveniente lo scartarla. Quanto alla diagnosi è d'accordo con Taylor che si possano diagnosticare l'ematocele e l'aborto tubarico, e ciò in fatti si fa e la diagnosi si verifica coll'operazione. In 10 casi di ematocele intrapelvico nei quali egli ha operato e nei quali la diagnosi non era dubbia, otto erano dovuti all'uscita del sangue dall'estremità aperta di ematosalpinge non rotto, dovuti come egli crede a gravidanza tubarica. Quella era la classe dei casi designati come *aborti tubarici* e che ora l'A. propone di chiamare *mola tubarica* con emorragia attraverso l'estremità aperta della tuba. In un solo dei dieci casi l'emorragia era dovuta alla rottura di una tuba gravida. La sua esperienza conferma l'opinione di Taylor ed è importante perchè anche i migliori testi moderni insegnano che la causa più frequente è la rottura del sacco tubarico gravido. Egli è con Taylor nel ritenere che la più frequente causa dell'ematocele è non la rottura, ma l'emorragia attraverso l'estremità aperta della tuba gravida.

Il decimo caso della sua serie era anche una gravidanza tubarica, ma in questo caso l'emorragia non si ebbe dalla tuba gravida, ma da una cisti emorragica del legamento largo dell'altro lato.

Di casi di rottura della tromba in principio di gravidanza tubarica ne ebbe sei, in 4 di essi il sangue era diffuso nella cavità peritoneale; una si era rotta nel legamento largo formando un'ematoma del legamento largo o come alcuni preferiscono chiamarlo, un ematocele extraperitoneale, mentre l'altro produsse un ematocele intraperitoneale. Cita un caso a conferma dell'opinione di Taylor che una capsula può essere formata dal coagulo sanguigno stesso.

Dott. Bantock. Ritiene un errore l'usare il termine di ematocele; la condizione essenziale è la gravidanza ectopica. Egli è del parere opposto a quello di Taylor riguardo all'ematocele intraperitoneale; ritiene che l'emorragia non è mai limitata da una superficie liscia quale la si trova per es. in un tumore ovarico, e come è impossibile in un caso di agglutinazione viscerale stabilire limiti definiti della massa, così è lo stesso per il sangue effuso in questo caso. Crede che sia meglio chiamarla *effusione intraperitoneale*. Per quanto l'abbia cercato per anni non ha mai potuto trovare un vero caso di ematocele intraperitoneale.

M. Chr. Martin. È del parere del dott. Cullingworth e crede abbia torto il dott. Bantock quando dice che il sangue libero non si incapsula mai nella cavità peritoneale. La maggior parte di quelli che hanno qualche esperienza nella chirurgia addominale devono aver incontrati casi di gravidanza tubarica con effusione di sangue nel peritoneo separata mediante processo di incapsulamento dal resto della

cavità. Un caso di gravidanza tubarica da lui recentemente operato conferma le opinioni di Taylor. Il termine ematocele fu usato in senso differente dai differenti autori. Tait per es. adopera tal termine per ogni effusione sanguigna, sia incapsulata o meno; Bantock ed altri l'usano solo per indicare un tumore ben definito. Ritiene meglio impiegare il termine in quest' ultima circostanza e cercarne qualche altro per descrivere un' emorragia non limitata. PIAZZA.

D.rs BALLANTYNE and DAVID MALLIGAN. — **A case of Scarlet fever in pregnancy, with infection of the foetus** *(Caso di scarlattina con infezione del feto).* — *The British Gynaecological Journal,* Novembre 1893.

Gravida per la prima volta a 21 anni aspettava il parto in Aprile 1893, quando due mesi prima ammalò di scarlattina. L'apparire dell' eruzione fu subito seguito dal parto prematuro, forcipe. La temperatura andò gradatamente diminuendo ed in 14.ª giornata dal principio della malattia era ritornata al normale.

Alla nascita la bambina prosentava tutti i segni dell'immaturità. Tolta la vernice caseosa il giorno dopo il parto (nulla era stato preparato) si trovò una marcata eruzione rossa, inoltre non poteva deglutire e per i primi giorni prese solo poche gocce di latte e ciò con evidenti sofferenze, cute calda. Nei giorni susseguenti andò migliorando e in 10.ª giornata cominciò, come per la madre, la desquamazione.

La scarlattina fetale è un' affezione raramente ricordata, anzi alcuni scrittori (Roberts, Parvin) dissero che non si è mai incontrata. L'A. potè raccogliere 14 casi nei quali la diagnosi sembra ben stabilita ed altri tre nei quali è un po' dubbia. Dopo alcuni appunti clinici riguardanti la madre ed il feto viene alle seguenti conclusioni generali:

1.° Quando una donna ammala di scarlattina in gravidanza, il feto di solito, ma non invariabilmente, ne è pure affetto.

2.° Sembra che l' infezione della madre e del feto sia simultanea perchè il neonato ha la febbre nello stesso stadio che la madre e la desquamazione di solito avviene nello stesso tempo in tutti e due. Il dott. Ballantyne arrivò alla stessa conclusione riguardo al morbillo fetale.

3.° I dati clinici della scarlattina nel feto e nel neonato sono gli stessi che nell'età avanzata, ma la diagnosi è resa difficile dalla somiglianza che questi sintomi hanno colle condizioni normali (eritema, desquamazione, ecc.) del neonato.

4.° La prognosi sia riguardo il feto che riguardo la madre è grave, ma non invariabilmente l'esito è letale. Il più grave pericolo è il sopravvenire della peritonite e il prevenirla deve essere la cura principale. PIAZZA.

D.r FENTON. — **On vaginal hysterectomy** *(Sulla isterectomia vaginale).* — *The British Gynaecological Journal,* February 1894.

Avendo il dott. Thomas Savage presentato alla Società Ginecologica Inglese nella seduta del Novembre 1893, un'utero esportato coll' isterectomia vaginale per prolasso, il dott. Fenton approfitta dell'occasione per porre la questione se nei casi di prolasso completo è meglio fare l' isterectomia o l' isteropexi. Prima di tutto l'isterectomia ha una mortalità di molto maggiore, d'altra parte la ventrofissazione si fa ed è stata fatta da vari chirurghi al Chelsea Hospital for Women coi risultati i più soddisfacenti e con una mortalità che andò rapidamente diminuendo. Ritiene che operando nei casi scelti a dovere e con qualche piccolo miglioramento nel processo, il pericolo di vita si farà infinitesimale. Altra considerazione è la seguente: come si può aspettare di beneficare la paziente togliendole l'utero prolassato? Quello che si chiama prolasso completo dell' utero è un'ernia esagerata del pavimento pelvico e come altre ernie essa è spesso congenita. La causa principale predisponente è un mesenterio lungo e lasso. Gli uomini che hanno tale mesenterio sono predisposti all'ernia inguinale, le donne o all'ernia femorale o in causa delle gravidanze e parti i sostegni del pavimento pelvico essendo stirati, si ha ernia dell' intestino attraverso il canale pelvico che spinge avanti il pavimento pelvico. L'utero in tali casi segna colla sua posizione il punto sino al quale il piano pelvico è disceso. Il credere che un piccolo corpo come l'utero che peserà 3 o 4 once al più, abbia stirato tutte queste parti in basso è un assurdo. L'utero può tornare molto utile nella cura di tale condizione perchè fissandolo alla parete addominale si stira in alto con esso tutto il piano pelvico, la vescica ed il retto. Inoltre questa operazione è applicabile alle giovani come alle vecchie, non vi è mutilazione nè perdita di un organo o della sua funzione. In casi così trattati si vide che la concezione, la gestazione ed il parto erano per nulla impediti. Per tali motivi il dottor Fenton crede di dover protestare contro la rimozione dell'utero prolassato.

DISCUSSIONE.

Avendo il presidente chiesto quale fosse la mortalità per tale operazione al Chelsea Hospital, il dott. Napier come uno che ebbe grande responsabilità nell' introduzione di tale operazione nell'ospitale, dice che nei primi 20 casi si ebbe una mortalità del 10 0[0; questi casi furono pubblicati ed erano eccezionalmente difficili. Crede che la mortalità andrà diminuendo sino a divenire una piccola frazione. È da notarsi che l'operazione fu fatta solo in casi gravi e difficili, incurabili se non con l'una o l' altra delle operazioni in discussione. In 270 casi operati nel continente si ebbero solo 3 morti.

Il dott. Bantock crede che la questione sia molto importante. In 30 anni non vide mai un caso in cui fosse necessaria l'isterectomia o l'isteropexi. È possibile di tener sollevato l'utero insieme alle altre parti prolassate con un adatto pessario di Hodge munito di un diaframma. Nel caso di rettocele, siccome questo non succede che quando il perineo è deficiente, la perineorafia è indicata. Protesta contro ambedue le operazioni, isteropexi e isterectomia nella cura del prolasso.

Piazza.

D.r LAWRIE. — **Vaginal Hysterectomy on a patient 66 years of age** *(Isterectomia vaginale sopra paziente di 66 anni).* — *The British Gynaecological Journal,* February 1894.

Trattasi di un caso in cui l'A. praticò tre volte il raschiamento prima di decidersi all'isterectomia. La ristrettezza della vagina richiese la divisione del perineo e del setto retto-vaginale. Laborioso riuscì il distacco della vagina. I legamenti larghi furono allacciati con seta e il peritoneo suturato con catgut. L'operazione ebbe buon risultato. L'esame istologico mostrò trattarsi di un epitelioma della parete posteriore della cavità uterina.

Piazza.

ROBERT L. DICKINSON. — **Intorno all'esercizio della bicicletta dal punto di vista ginecologico.** — *The American Journal of Obstetrics etc.,* N. 1, Gennaio 1895.

In Francia e negli Stati Uniti l'uso della bicicletta va sempre più estendendosi nelle donne, l'A. crede quindi utile che il ginecologo esponga al riguardo la propria opinione.

L'A. ritiene che quando gli abiti siano adatti, e la posizione non sia affaticante, che l'esercizio venga fatto gradatamente aumentandolo man mano, che l'organismo vi si abitua, ed ove non sianvi lesioni acute dell'apparecchio genitale, l'uso della bicicletta possa essere utile nella donna anche quale mezzo di trattamento delle forme croniche dei genitali.

In vista delle difficoltà di trovare esercizii muscolari all'aperto per la donna, dobbiamo salutare quello della bicicletta, se ben usato, come benefico, quale quello che dà per conseguenza più tranquillo lo stato del sistema nervoso, più robusti i muscoli, più regolari i periodi mestruali e più facile il parto. Insiste sull'opportunità che la donna durante specialmente l'uso della bicicletta vesta abiti adatti e cioè corti, punto stretti, colla sottana divisa in modo, che questa ripiegandosi non comprima i genitali.

Bossi.

Dott. H. J. BOLDTD (New York). — **Estirpazione vaginale dell'utero e degli annessi nei casi di suppurazioni pelviche, metriti settiche e peritonite.** — *The American Journal of Obstetrics and diseases of women and children,* N. 1, Gennaio 1895.

L'A. osserva esservi molti casi di lesioni croniche d'origine infettiva dell'apparecchio genitale che condussero appunto a metriti, a salpingiti bilaterali, a suppurazioni pelviche, nei quali le nostre risorse terapeutiche sono affatto inferiori alla gravità della malattia. In tali casi egli ritiene utile l'ablazione per via vaginale dell'utero e degli annessi.

Queste forme, egli soggiunge, si iniziano quasi sempre dall'utero per infezione che vi si importa e che si diffonde poi agli annessi. Esperiti gli altri mezzi, perchè devesi aver scrupolo a togliere la matrice, principale sede della malattia? Considera inoltre, alla stregua dei fatti clinici, la rapidità di guarigione che si ottiene con tale metodo, senza pericolo nè di fistole, di ernie ecc. Egli riunisce 751 isterectomie per via vaginale, in 303 dei quali casi eravi suppurazione pelvica, e le morti furono 32 cioè a dire il 4. 3 per cento di mortalità.

La statistica invece delle salpingectomie per via addominale darebbe secondo l'A. il 5 $^1/_2$ per cento e quindi 1 $^1/_2$ in più.

Osserva però non doversi giungere ad esagerazioni e quando siavi lesioni unilaterali delle salpingi con aderenze al cavo del Douglas, convenga aprire il fondo di sacco vaginale e tentare così di salvare l'utero e l'altro ovaio. Bossi.

CHRISTOPHER MARTIN. — **The nerve theory of Menstruation** *(Sulla teoria nervosa della mestruazione).* — *The British Gynaecol. Journal,* November 1893.

Ecco le conclusioni dell'interessante comunicazione:

1.° La mestruazione è un processo controllato direttamente da un centro nervoso speciale.

2.° Questo centro è situato nella porzione lombare del cordone spinale.

3.° I cambiamenti nella mucosa uterina durante i periodi sono prodotti da nervi atabolici e durante gli intervalli da nervi anabolici.

4.° Gli impulsi mestruali arrivano all'utero o attraverso gli splacnici pelvici o il plesso ovarico, possibilmente entrambi.

5.° La rimozione degli annessi uterini arresta la mestruazione col dividere i nervi mestruali. Piazza.

Dott. F. FOESTER. — **Sarcoma dell'ovaio.** — *The Am. Jour. of Obst.*, Gennaio 1895.

Trattavasi di bambina di 4 anni e mezzo; il sarcoma aveva invaso l'ovaio di sinistra. Essa venne operata di ablazione del tumore e dell'ovaio; guarì dell'atto operativo, ma quattro settimane dopo si notò tumescenza dalla parte destra. Quivi pure erasi sviluppato un sarcoma. Venne operato colla laparotomia, in seguito alla quale la piccola paziente soccombeva sei settimane dopo.

All'autopsia si riscontrò che tutta la parte bassa del bacino era occupata da una massa sarcomatosa, che avvolgeva tutti i visceri giungendo fino ai reni.

Bossi.

A. PALMER DUPLEY. — **Sulla tecnica del taglio cesareo conservatore.** — *The American Journal of Obst. etc.*, Gennaio 1895.

L'A. riferendo tre casi da lui operati richiama l'attenzione specialmente:

1.° sulla opportunità, dopo praticata la incisione addominale, di introdurre la mano nell'addome ed esaminare dovunque se l'utero non ha aderenze, se non vi hanno lesioni speciali;

2.° di porre un laccio in corrispondenza dell'istmo dell'utero, laccio provvisorio e che non si serra ma i di cui capi si affidano ad un assistente per tenere l'utero bene in avanti e per stringere sotto se vi ha emorragia;

3.° sull'inutilità di prestabilire per quale parte convenga prendere il feto per estrarlo dalla ferita uterina; è opportuno afferrarlo per la parte che prima si presenta alla mano;

4.° sulla sutura della ferita dell'utero, che egli fa con catgut, a tre strati e continua con un solo filo portandosi successivamente da un estremo all'altro dell'incisione;

5.° sull'utilità di praticare durante l'atto irrigazione di acqua bollita e calda, onde mantenere l'utero contratto.

Bossi.

Dott. E. T. DAVIS. — **Quando si deve praticare la laparotomia nel trattamento dell'infezione puerperale.** — *The American Journal of Obstetrics etc.*, Febbraio 1895.

La questione dell'intervento laparotomico nei casi gravi di infezione puerperale viene pur troppo soventi posta all'ostetrico per la soluzione.

L'A. segue la classificazione delle infezioni puerperali fatta dal Doléris, e cioè di tre classi: 1) Infiammazione con suppurazione locale — 2) Infiammazione e suppurazione diffusa — 3) Intossicazione generale senza focolai rintracciabili di suppurazione.

Egli conclude col ritenere che quando la vagina e l'utero furono abbondantemente disinfettati con irrigazioni antisettiche, e che si sia giunto anche a praticare un raschiamento dell'endometrio, e l'organismo sia stato sottoposto all'effetto di adatta cura, se l'ammalata non migliora e s'avvia quindi alla catastrofe, convenga ricorrere alla laparotomia.

Ove è possibile crede doversi preferire l'apertura per via vaginale dei focolai di suppurazione con susseguente drenaggio, e, se non basta, l'isterectomia pure per via vaginale.

Non potendosi seguire tale via, e, sotto l'anestesia, riscontrandosi nell'addome qualche focolaio di infezione, è opportuno, a mezzo di laparotomia, estirpare questo sia isolatamente sia amputando gli annessi od anco l'utero, e sempre fognando attraverso la vagina.

Bossi.

Dott. PALMER DUPLEY. — **La mia esperienza sull'immediata sutura delle lacerazioni dell'utero durante il parto.** — *The American Journal of Obstetrics etc,* Febbraio 1895.

L'A. trae argomento da una discussione avvenuta a tal riguardo per opera di Boldt nella Società Ginecologica di Boston, per esporre i risultati della sua esperienza al riguardo su 5 casi. Egli conclude:

1.° L'immediata sutura delle lacerazioni del collo fatta subito dopo il secondamento, dando luogo a unione per prima, evita i danni che conseguono ad una riunione per seconda.

2.° Che il timore di setticemia proveniente dalle manipolazioni del collo necessarie in tale sutura dopo il parto nonchè dell'assorbimento degli antisettici è infondato perchè non provato abbastanza, bastando le abituali precauzioni.

3.° La immediata sutura delle lacerazioni del collo è più razionale che la immediata sutura del perineo da tutti ammessa.

4.° L'immediata chiusura delle lacerazioni del collo accelera la involuzione uterina e ne evita la subinvoluzione nonchè le varie forme di spostamento che conseguono a tali lesioni lasciate a sè.

5.° Il catgut è la sostanza più adatta a tale sutura quando sia ben preparato.

Soggiunge nel testo della memoria che il libero passaggio dei lochi dal canale cervicale in nessun caso fu impedito.

Bossi.

Dott. B. EDSON. — **Se l'isterismo è una malattia propria solo della donna.** — *The American Journal of Obst. etc.,* Febbraio 1895.

Il dott. A. P. Clarke concludeva a questo riguardo in una relazione all'Associazione Ostetrica e Ginecologica Americana:

1.° Che un vero isterismo non si riscontra nel maschio.

2.° Che uno pseudo isterismo è nei maschi malattia degli adulti, effetto di prostrazione e di degenerazione del sistema nervoso.

L'A. riprende a trattare l'argomento e passa in rivista le opinioni di distinti sanitarii. Così definirono l'isterismo: Aitken, un complesso morboso di tutte le funzioni cerebrali di indole cronica. Taylor, uno squilibrio del sistema nervoso che conduce a disturbi funzionali sensorii, motori e viscerali. Roberts, un complesso di condizioni morbose sulla cui natura è impossibile parlare in modo definitivo. Möbius, uno stato in cui l'idea vince il fisico e produce gravi squilibrii funzionali.

Giunge l'A. poi alle seguenti conclusioni:

1.° L'isterismo non è solo un disturbo funzionale, ma dipende soventi da lesioni di un organo.

2.° È malattia così dell'uomo che della donna. Nei due sessi è la stessa malattia nella eziologia, nella forma e nelle manifestazioni.

3.° Si avvera nei maschi a qualunque età ma più specialmente nei ragazzi e nei giovani.

Bossi.

BIBLIOGRAFIA

GINO GELLI. — **Ostetricia e Ginecologia.** Rendiconto dei primi anni della mia pratica dal Novembre 1887 al Dicembre 1893. — Firenze, Tip. di G. Barbera, 1895.

In un volume di 316 pagine l'A. ha compendiato le note che prese giorno per giorno sui casi più notevoli in sette anni occorsigli nella pratica ospitaliera e privata. L'A. non si propose nè la soluzione di una tesi nè la compilazione di una monografia, ma si limitò ad esporne i vari soggetti clinicamente e praticamente, in un modo personale, perchè la pubblicazione potesse diventare un esatto ragguaglio di quanto fece, e del perchè fece. Il lavoro è diviso in due parti, la prima è un rendiconto ostetrico, la seconda un rendiconto ginecologico, in esse

sono intercalate le storie dei casi curati nella Maternità durante il suo periodo di assistentato, non che altre osservazioni riferentisi alla privata clientela.

Rendiconto ostetrico. — Il I.° capitolo è riservato alla assistenza ai parti. In esso si leggono importanti precetti sul modo di esercitare l'ostetricia in pratica privata, combattendo gli errori ed i pregiudizi diffusi non solo fra le classi meno abbienti, ma ben anco nelle persone agiate, i riguardi imposti dall'etica professionale fra colleghi, levatrici e clienti. Dà un ragguaglio dello strumentario additando la importanza di un perfetto arredamento e dà minute ed utili norme circa tutti quei preparativi, che sogliono essere richiesti nella imminenza di un travaglio, i quali preparativi necessariamente devono corrispondere al duplice scopo, cioè corrispondere all'esigenze dell'ostetrico senza però portare gravi disturbi alla gravida o soverchio incomodo nelle famiglie.

Non si mostra partigiano delle irrigazioni vaginali in puerperio normale, si limita a rigorosa antisepsi nel travaglio ed all'asepsi durante il puerperio. Di rado ricorse al cloroformio nei parti naturali, per quanto richiesto; nei casi ove invece tale sussidio è indicato, la cloronarcosi è preferibilmente affidata ad un collega, altrimenti iniziata la narcosi alla reine, questa è mantenuta dalla levatrice debitamente dall'ostetrico stesso invigilata. Parla poi del regime dietetico della puerpera e delle prime cure al neonato. Nel II.° capitolo si entra più propriamente in materia parlando degli aborti, i quali danno il maggiore contingente di lavoro agli ostetrici. L'A. ne osservò 93 casi in cui fu sempre guidato da questi concetti, cura aspettante in quelli presumibilmente evitabili; pronto intervento collo svuotamento rapido nei casi di inevitabile interruzione della gravidanza. Non ebbe un sol caso di morte o di infezione. Seguono le osservazioni. Capitolo III.° parti prematuri provocati. Ricorre di preferenza al metodo di Krause, e l'interruzione della gravidanza fu da lui praticata 24 volte, 14 per scopo medico e 10 a scopo ostetrico con zero di infezione e di mortalità (considerata questa come dipendente dalla operazione). Nel capitolo IV.° tratta delle eclampsie, e quivi dichiara non potersi schierare collo Charpentier, eccessivamente conservatore, nè col Dührsenn che sostiene doversi ricorrere alle più ardite operazioni intese a liberare la madre dal prodotto del concepimento. Ha sempre cercato di mantenersi in una via di mezzo, ed è propenso a concedere una ragguardevole importanza alla cloroformizzazione. Capitolo V.° nei casi di placenta previa s'attenne dapprima al metodo di Barnes, ma ora si vale volontieri del processo così detto di Berlino, modificato dalla scuola pavese. La mortalità materna fu del 14.21 0[0, cifra assai soddisfacente. Esposte nel capitolo VI.° alcune osservazioni di gravidanza gemellare e nel seguente altre di estrazioni manuali per l'estremo pelvico. Nel capitolo VIII.° offre 32 rivolgimenti, 26 dei quali per presentazione di spalla; 6 per presentazione cefalica complicata a placenta previa; 157 furono le applicazioni di forcipe, i puerperi mortali per infezione settica 11, ma in alcuni di questi la infezione preesisteva all'intervento dell'autore. Riguardo alla madre ebbe 3 decessi, e la mortalità operatoria dei neonati fu del 5.20 0[0. Quanto agli atti embriotomici, cui ricorse sempre mal volontieri, furono 9 senza alcun decesso, il che l'A. attribuisce al fatto di aver egli agito contro distocie meccaniche d'indole fetale, ed in terreni ancora vergini per rispetto a precedenti esplorazioni e tentativi di altri colleghi. Non agì che su stenosi pelviche da 80 mm. in su e sopra bambini già morti. Nei successivi capitoli si intrattiene delle isterostomatomie praticate, dei secondamenti artificiali,

e dei metodi in uso, delle lacerazioni dei genitali in genere, sia nei parti spontanei come negli artificiali, degli zaffamenti utero-vaginali, delle complicazioni osservate nella gravidanza, nel parto e nel puerperio, delle mastiti, e di alcuni interventi sopra i neonati.

Rendiconto ginecologico. L'autore nel I.° capitolo si diffuse assai efficacemente contro la *operatomania ginecologica,* di facile contagio, rallegrandosi che al giorno d'oggi la corrente si accentua vieppiù sulla china della ginecologia conservatrice, ricordando il beneficio del trattamento incruento in molte forme della specialità, trattamento pur troppo facilmente negletto dagli specialisti medesimi.

Venendo poscia ad enumerare le operazioni eseguite, incomincia colle ignipunture del collo, che eseguiva assai più per lo addietro ed alle quali ora preferisce l'amputazione cruenta, indi enumera i raschiamenti, preziosa conquista della ginecologia moderna, dal duplice punto di vista della esplorazione e della cura nelle più svariate forme morbose. Fra gli accidenti che potè osservare in una pratica di 60 casi è degno di menzione quello di una perforazione dell'utero, il quale dall'A., sono le sue stesse parole, *bene avvertito non portò conseguenza alcuna e la donna guarì perfettamente senza nessun notevole disturbo, e poco dopo ebbe una gravidanza che portò bene e a termine.* L'A. dice essere stato il primo a praticare in Firenze l'estirpazione dell'utero (via vaginale), offre 2 casi con 2 guarigioni. L'apertura dell'addome per via laparotomica fu intrapresa 10 volte per le seguenti indicazioni: per tumori ovarici 4 volte, per isteria 1, per cisti del legamento largo 1, per fibroma 2, per suppurazione pelvica saccata 1, per salpingite tubercolare 1.

L'accurato rendiconto termina con un capitolo riservato al massaggio nelle forme ginecologiche, di cui l'A. non ebbe che a lodarsi, e colla esposizione di molte osservazioni di casuistica varia, plastiche vaginali e perineali, polipi metrali, accidenti traumatici della sfera genito-urinaria, stenosi ed atresie, spostamenti uterini, ematometri, ematoceli, ascessi, idropi e via dicendo. L'ultima parte del lavoro comprende alcune tabelle riassuntive, dimostranti il movimento delle ammalate che fornirono materia pel rendiconto, e di quelle che furono dall'A. visitate all'ambulatorio.

DECIO.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVII. Maggio 1895. Num. 5.

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS IRELAND
-8 JUL 95
LIBRARY

Di una gravidanza extrauterina

OPERATA FELICEMENTE CON LAPAROTOMIA PRIMARIA

DAL

Dott. GIUSEPPE RONCAGLIA

Libero docente d' Ostetricia e Ginecologia della R. Università di Modena.

I modi proposti pel trattamento della placenta in laparotomie fatte per gravidanze extrauterine sono varii: l'ablazione completa del sacco e delle secondine, l'abbandono della placenta suturando il sacco ai bordi della ferita addominale, la sutura del sacco al disopra della placenta chiudendo il ventre, e drenando per la vagina e finalmente l'abbandono con chiusura totale dell'addome, benintesi senza drenaggio vaginale. Quest'ultimo modo che è stato usato dal prof. Negri (1) pel primo in caso di laparotomia fatta nel periodo di ritenzione, non era ancora stato applicato, per quante ricerche io abbia fatto, da nessuno nel caso di gravidanza in atto, cioè con feto vivo e circolazione placentare in piena attività. Il primo, e credo finora il solo a metterlo in atto sono stato io in caso di laparotomia primaria eseguita oltre il 7.° mese e mezzo di gravidanza extrauterina già fino dal 1.° Settembre 1893.

Il caso quindi di cui ora faccio la narrazione ha valore grande come documento certo comprovante la possibile innocuità di un tale modo d' agire, e forse serve a stabilire in quali casi specialmente esso sia indicato.

Il dover poi dare un criterio definitivo su un processo che poteva solo esser giudicato alla stregua di un lungo lasso di tempo decorso dal

(1) « Laparotomia per gravidanza extrauterina. » *Annali di Ostetricia,* Milano, 1889.

momento dell'operazione, giustifica perchè io non abbia prima d'ora reso noto questo caso, del quale però diedi un cenno alla Società Medico-Chirurgica di Modena (1), e di cui volevo anche tener parola all'Adunanza degli Ostetrici in Roma nel Settembre u. s., se speciali circostanze non m' avessero impedito di portarmivi.

Ecco senz' altro il fatto:

Lusvardi Liduina, d'anni 32, di S. Martino in Rio, mestruò regolarmente, senza dolori a 16 anni; dopo un anno, durante il quale le mestruazioni erano mensilmente apparse regolari, senza causa palese si interruppero per quattro mesi, durante i quali l' ammalata soffriva di dolori alle regioni sacrali e lombari e di spossatezza generale; dopo però riapparvero e si mantennero regolari. Prese marito a 21 anni; a 23 scontò una polmonite di cui guarì completamente, e solo a 28 anni, cioè 7 anni dopo il matrimonio, rimase gravida. In tutto questo periodo non ebbe alcun sintoma di affezione genitale, se si toglie un leggerissimo grado di leucorrea nei periodi intermenstrui. Questa prima gravidanza ed il parto a termine decorsero normali; la bambina che ne nacque fu allattata dalla nostra paziente per un periodo di 18 mesi, durante i quali però le mestruazioni non si sospesero, ma continuarono in tutto normali. Alla fine del Gennaio 1893, cioè 2 anni e 1|2 dal primo parto, le parve di essere nuovamente incinta; e ciò arguiva più che da mutamento nel tributo mensile, che quantunque più scarso, appariva però regolarmente nel Gennaio, Febbraio, Marzo, da fenomeni simpatici ricordanti quelli già avvertiti nella prima gravidanza. Cominciò solo nell'Aprile ad essere amenorroica, a sentirsi di continuo stanca, spossata, priva di appetito, con nausee, vomiti frequenti, e frequenti dolori nel fondo del ventre.

Sulla metà del Maggio, avendo io avuto occasione di portarmi nel paese di questa donna onde operarvi per parto gemellare una sua vicina di casa, fui invitato dall'amico dott. Mariani a visitarla. Udita l' anamnesi suesposta, ecco quanto rinvenni coll'esame:

L'utero grosso come per gravidanza a due mesi compiuti, molliccio nel corpo, ed anche un po' rammollato nel collo, era spinto contro la metà antero-laterale sinistra della piccola pelvi, dal cui bordo superiore sopravvanzava di quasi due trasversi di dita, da un tumore nettamente limitabile di forma ovoidale, disposto col diametro massimo d'alto in basso

(1) Seduta 9 Marzo 1894.

e che occupava la metà destra del bacino, debordando in alto per un dito trasverso il fondo uterino, e giungendo in basso a livello del fornice postero-laterale destro che lievemente deprimeva, e dove sentivasi una grossa arteria pulsante, avente la direzione dell'uterina. Questo tumore era manifestamente di consistenza cistica, ma di cisti a pareti tese, ed indolente; l'ascoltazione era negativa. Le mammelle presentavano le modificazioni dei primi mesi di gravidanza; la mucosa vulvo-vaginale era un po' congesta. Furono due i dubbi diagnostici che mi sorsero, ed entrambi li esposi e discussi col medico condotto; il primo fu che si trattasse di gravidanza uterina di 2 mesi circa, complicata a tumore cistico degli annessi di destra a probabile sviluppo intralegamentoso; il secondo che vi fosse una gravidanza extrauterina di 4 mesi circa, e l'utero fosse per la vicinanza di questa ipertrofico e rammollato. Il primo sospetto era convalidato dal mancare totalmente le mestruazioni solo da due mesi, quantunque fossero state negli altri 2 o 3 mesi precedenti più scarse del solito; ma il secondo pure era sostenuto dall'asserto della donna che ritenevasi incinta già da 4 mesi e mezzo perchè da una tal epoca datavano in lei i fenomeni gravidici subbiettivi, che solo negli ultimi tempi erano andati aumentando. Inoltre l'aumento dell'utero consisteva più che altro in allungamento, anzichè in maggiore globosità. Incerto quindi un po' tra le due entità patologiche, non nascosi al Collega che io riteneva come più probabile quella della gravidanza extrauterina, di cui esponevo al marito della paziente tutta la gravezza, esortandolo a condurla a Modena, affinchè più pronto potesse essere l'intervento appena, dileguata ogni dubbiezza sulla diagnosi, ne insorgesse l'indicazione.

Passò un mese e più senza che nulla io sapessi della Lusvardi; sulla fine del Giugno però ripensando sempre a quel caso, anzi desideroso di ristudiarlo, non chiamato, mi portai a S. Martino, e trovai ciò che segue:

Nel ventre della nostra malata si disegnavano già colla sola ispezione due tumidezze una a destra, l'altra a sinistra; quella giungeva un dito sotto il bellico, e questa vi distava 4 dita, in modo che era manifestissimo il dislivello che superiormente esisteva fra le due tumidezze; quella di sinistra era l'utero, di poco cresciuto da quanto io l'aveva trovato nella prima visita: l'altra era manifestamente cistica addossata fortemente alla parete latero-posteriore destra dell'utero; nella sua parte alta ballottavasi una testina di feto, mentre nel fornice destro ed un po' nel posteriore si sentivano piccole parti fetali semoventisi. Dalla piegatura dell'inguine destro, per quattro trasversi di dito in su, e per una ugual larghezza, intensissimo sentivasi un soffio sul tumore, sincrono col polso materno; sulla parte alta del tumore medesimo udivasi un doppio battito. I moti attivi erano sentiti dalla donna da circa 15 giorni. La diagnosi era quindi accertata; trattavasi di gravidanza extrauterina dal

5.° al 5.° mese e mezzo. La parete del sacco era tesa ed un po' dolente; il suo polo inferiore che per la tensione della cisti distinguevasi nettamente, palpavasi in tutta la metà destra della pelvi, ed anche un po' indietro dell'utero, restando questo spinto contro la parete cotiloidea sinistra; il tumore discendeva al disotto del livello del muso di tinca, ma non deprimeva fortemente i fornici; l'arteria già notata nel fornice destro offriva ora il fatto del fremito tattile.

Insistetti di nuovo perchè la donna venisse condotta a Modena, consigliandola intanto ad astenersi da qualsiasi lavoro, ed a stare la maggior parte del tempo in letto. Stante però le condizioni di estrema miseria della sua famiglia, essendo omai chiusa la Clinica Ostetrica, l'ammissione nella sezione paganti dell'Ospedale di Modena (Padiglione Vaccà) a carico del Comune di S. Martino non si effettuò che il 31 Luglio, cioè quando la ectopica gravidanza poteva valutarsi, calcolando che fosse cominciata nella seconda metà del Gennaio, a circa 6 mesi e mezzo.

Avuta la donna direttamente sotto la mia cura, il quesito del *quid agendum* mi si parò innanzi in tutta la sua gravezza, e la responsabilità così volontariamente assunta mi fece sentire il suo enorme pondo, tanto più che è ben lungi dall'essere concordemente e nettamente delineata la condotta dell'ostetrico in simili casi.

Altre ricerche erano necessarie per precisare più esattamente ancora la diagnosi; quale era la varietà della gravidanza? quale la sede della placenta?

I fatti che m'avevano colpito fino dal primo esame, dell'esistenza di un tumore ben limitato a pareti uniformi (almeno nelle parti suscettibili di palpamento), e del vistoso aumento di volume dell'utero, mi parlavano in favore di una *gravidanza tubarica*. Infatti la precisa delimitazione della parete del sacco, dipendente dall'essersi il feto sviluppato in un canale preformato, è proprio della varietà tubarica (Litzmann) (1); come pure gli intimi rapporti di struttura, vicinanza, dipendenza che utero e tromba hanno fra loro spiegano perchè in questa varietà più che nelle altre, l'utero compartecipi, coll'aumentar di volume, all'ectopico processo. Ed anche la forma del tumore che, quantunque cresciuto, tendeva a conservare di un ovoide diretto d'alto in basso, stava per la varietà tubarica. La sede poi della cisti fetale e lo spostamento dell'utero di lato, mi ricordavano tanto e lo spostamento uterino che inducono i tumori dei legamenti larghi e la sede propria di questi, che io formulai la diagnosi di gravidanza extrauterina tubarica in parte a sviluppo intralegamentoso. Non vi era che un fatto che poteva far sorgere il dubbio

(1) « Z. Ferstellung d. Indic. f. d. Gastr. b. Schwang. auss. d. Gebarmütter. »

contro la diagnosi di gravidanza tubarica, cioè che in questa la rottura suole avvenire nei primi mesi di sviluppo, e nel caso in discorso tale accidente non era ancora avvenuto al 6.° mese e mezzo. Siccome poi è omai lunga la serie dei casi ben constatati di gravidanze tubariche giunte ad avanzato sviluppo, ed anche a termine, così questa obbiezione scemava di valore, e di fronte agli altri dati non sembravami tale da scuotere la mia convinzione diagnostica.

Il giorno in cui l'ammalata dal suo paese, distante 12 Kilom. da Modena, fu trasportata in carrozza all'Ospedale, segnò un cambiamento nei dati fisici dell'addome. La donna a metà viaggio fu presa da dolori al quadrante inferiore destro del ventre, e giunta all'Ospedale e coricata subito in letto, perdette anche qualche goccia di sangue dai genitali. Esaminandola allora trovai che la cisti non era più tesa come l'ultima volta che io l'aveva palpata, la testina ballottabile sempre nella parte alta sentivasi ancora ma più a stento; ed attraverso il segmento inferiore, che pure appariva meno netto, perchè meno teso, non era dato sentire le piccole parti che distintissime io aveva avvertito per lo innanzi. Tutto questo mi fece pensare che una piccola smagliatura fosse avvenuta nel sacco, e che il feto avesse in parte mutato i suoi rapporti colla cavità, pur mantenendo tuttavia la testa in alto. Le misure del ventre erano le seguenti:

dal pube alla xifoide	cent.	35
» » all'ombellico	»	19
» » alla sommità del tumore . .	»	22
circonferenza addominale	»	89

Nel dubbio suesposto prescrissi ghiaccio sul ventre, e mi accinsi a preparare l'occorrente per un intervento d'urgenza se questo fosse insorto. Ma cessato lo scolo sanguigno, calmatisi i dolori, il pericolo dell'insorgenza di sintomi allarmanti si dileguò; la donna tornò a sentirsi discretamente bene ed il feto (di cui erano cessati i moti attivi) a muoversi.

L'altro quesito diagnostico riferivasi alla sede della placenta. Per esso l'esame accurato mi rendeva dimostrati i fatti seguenti: Nella parte alta, e nella metà superiore della sua faccia anteriore il sacco sentivasi regolare, liscio e sottile, giacchè attraverso ad esso palpavasi la testina ed anche un po' di tronco fetale; attraverso la parte intrapelvica, e più precisamente in quella occupante la metà posteriore del fornice destro,

avevo avuto in esami antecedenti la sicurezza di palpare piccole parti fetali, attraverso ad un setto sottile; mentre nella metà anteriore del fornice medesimo avevasi la sensazione di maggior resistenza, e vi si palpava una grossa arteria offrente il fremito tattile. Esclusa così l'inserzione placentare nella parte alta e nella metà superiore della faccia anteriore, e nel polo inferiore della cisti, non restava che pensare ad una inserzione nella faccia posteriore, o nella metà inferiore, in gran parte intrapelvica, della faccia anteriore. Ed in favore di questa ultima ipotesi, deponeva il fatto obbiettivo del soffio avvertito dalla linea inguinale per 4 dita in alto ed in traverso (dalla S. I. A. sup. alla spina pubica), soffio intensissimo sincrono al polso radiale che propagavasi degradando verso l'alto, e non sentivasi sull'utero. Il Koeberle, il Litzman, il Negri ed altri hanno diagnosticato la sede della placenta dal sentire in una data regione il soffio. Tutti questi dati giustificavano l'ipotesi emessa; dico giustificavano, non la rendevan certa, giacchè la formazione ed inserzione della placenta in gravidanze ectopiche è un fatto che offre irregolarità stranissime, potendo essere la placenta formata di cotilidoni staccati, connessi fra loro soltanto da parti membranose e con inserzione velamentosa del cordone, oppure l'intero sacco può essere attraversato da ampi spazii sanguigni, ed essere così tutto sede di placenta.

Tuttavia i dati suesposti ben valutati e tutti concordi non mi potevano portare che alla conclusione surriferita.

I prof. Fabbri, Nasi, i dott. Salotti, Pini, Nasi, Lorenzi, ed altri molti che videro questa donna, ricordano che le conclusioni diagnostiche mie prima dell'operazione furono appunto quali fedelmente le ho esposte.

Venendo al quesito terapeutico, le domande seguenti mi si affacciavano insistentemente al pensiero; dovevo soprasedere ed attendere che la gravidanza fosse più vicina al termine per intervenire anche nell'interesse del feto? Oppure dovevo attendere che questi morisse, e solo dopo alcuni mesi operare? e finalmente dovevo agire subito nel solo esclusivo interesse della madre?

Molti ostetrici ammettono che quando la gestazione ha varcato la metà, sia meglio attendere tranquillamente il termine normale di essa, perchè mentre operando al 4.° mese e mezzo il feto verrebbe inutilmente sacrificato, la madre sarebbe esposta ai pericoli non minori di quelli cui può andare incontro in operazioni fatte all'epoca della vitalità o della

maturità del suo prodotto. Così la pensano il Fränkel (1) ed il Lawson-Tait (2) che consigliano di sorvegliare la madre assiduamente sino al momento del falso travaglio, nello stesso modo con cui la sorvegliamo in caso di isterectomia cesarea per la quale attendiamo il principio del parto. Altri non preoccupandosi affatto del feto, contro cui invocano le frequenti deformità in caso di gravidanza ectopica, non pensano che alla salvezza della madre, consigliando l'attesa sino a quando morto il feto la circolazione placentare sia del tutto spenta. È infatti la piena attività della circolazione placentare che può condurre ad emorragie difficili ed anche impossibili ad essere arrestate, emorragie che ponno prodursi sia al momento dell'incisione delle pareti addominali, che cade sulla placenta, sia nel distacco di questa durante o dopo l'operazione. E le statistiche di Puech (3) contenenti 20 casi di operazione primaria, con 16 madri morte, di Maygrier (4) che ha riunito quelle di Litzman (5) e di Voerth (6), con 15 madri morte su 17 casi e di Harris (7) che nel 1888 univa 30 casi pure di operazione primaria con 25 morti materne, e d'altro canto la mortalità del 35. 7 0[0 (Maygrier) del 37. 7 0[0 (Voerth) per operazione secondaria, e più recentemente i risultati del Pinard (8) (10 successi su 11 casi) giustificano almeno apparentemente questa condotta.

Contro la quale peraltro non mancano le serie obbiezioni. Intanto la lunga attesa necessaria perchè il feto muoia, può essere funestata dalla rottura del sacco, la quale se costituisce un accidente più raro nei mesi avanzati di gravidanza, di quello che lo sia nel primo periodo, pure è stata osservata. La storia del fatto clinico, argomento di questa mia nota (come si vedrà), ne è una prova evidente; che se tale rottura comprende l'inserzione placentare si può avere un'emorragia mortale. Può il sacco infettarsi dopo la morte del feto e condurre a peritonite settica, costringendo allora ad operazioni d'urgenza. Di più il pericolo

---

(1) *Archiv für Gyn.*, XIV.

(2) « Diseases of women and abdominal surgery. » 1890. *Brit. med. Journal*, 1890.

(3) *Annales de Gyn.* 1879, II, p. 16.

(4) « Terminaisons et traitement de la grossesse extrautérine. » Thèse d'aggregation, 1886.

(5) *Archiv f. Gyn.*, 1880, XI, pag. 362.

(6) « Beitrag. zur Anat. u. zur operat. Behand. d. Exrauterine schw. » Stuttgart, 1887.

(7) *American Journal of medical sciences*, 1888.

(8) *Semaine médical*, 1894.

di emorragie gravi anche nel corso e dopo operazioni secondarie è provato, giacchè hanno perduto la loro malata il Boinet che operò 2 mesi e mezzo dopo la morte del feto, il Depaul che operò 4 mesi dopo, il Vasseige (1 mese dopo) ed il Kirkley (dopo 3 mesi) (1).

» On peut donc, » scrive il Pozzi, « être privé de tous les bénéfices » d'une attente qui a laissé mourir l'enfant et a exposé la femme à de » nouvelles complications. En effet, et c'est là un point sur lequel il » faut insister, dans la totalité des operations secondaires, c'est à dire » difféées de propos délibéré, il serait juste de faire entrer en ligne de » compte les morts qui sont le résultat de l'opération elle même, les » septicémies ou peritonites intercurrentes, ayant rendu malheureuse » une intervention qui, quelques mois plus tôt, se présentait dans des » conditions favorables. » (2).

Quanto alla vitalità del feto, se da un lato è vero che spesso questi è deforme, o non vive che pochissimo tempo dopo l'operazione, dall'altro non mancano i casi in cui il feto ha potuto crescere e vivere a lungo. Lawson-Tait ne cita 3 che egli ha salvato colla laparotomia, e che si son fatti grandi. In una tesi recente (3) si può vedere che di 61 feti estratti con operazione primaria 26 sono morti dopo poche ore, 8 ad epoca più lontana dalla nascita, e 27 sono sopravissuti; per questi però mancano notizie remote di 17. Del resto quando un feto ectopico, scrive Harris, è ben sviluppato, quando è vissuto più d'un mese, non vi è ragione alcuna perch' egli non debba continuare a vivere, a meno che ciò non dipenda sovente dall'essere senza madre e quindi negletto.

Se quindi l'operazione primaria sembra essere giustificata qualora la gravidanza abbia sorpassato il 7.° mese, è ancora da definirsi quale debba essere la condotta dell'ostetrico prima di questa epoca.

In questo caso in vista di una possibile rottura della cisti fetale, la formola di Woerth di considerare la gravidanza ectopica come un tumore maligno, ed agire di conformità, merita forse di essere accolta pienamente.

---

(1) « De l'intervention chirurgical dans la grossesse extrautérine lorsque l'enfant est viable » ORILLARD, Thèse de Paris, 1894.

(2) « Traité de Gynécologie, » II édit.

(3) ORILLARD, loco cit.

Ma allora questo parendomi un po' esagerato e desideroso di salvare la madre ed il feto decisi di attendere che questi fosse completamente vitale. Giunse così la metà dell'Agosto.

La sera del 14 la donna che aveva passato tutto questo tempo quasi sempre in letto, fu presa da intensi dolori al ventre che si tumefece, da vomito, e poco dopo da febbre. Si manifestò in breve il quadro della peritonite per rottura del sacco fetale in epoca che potevasi giudicare quella del compimento del 7.° mese, rottura che non sembrava fortunatamente avesse compreso parti molto vascolarizzate, mancando affatto i sintomi dell'emorragia interna. La febbre che per qualche sera raggiunse il 39, cadendo a 38 al mattino, dopo una settimana sparì; il ventre fortemente disteso e dolente, sul quale fu applicato subito il ghiaccio, non permetteva alcun esame *de tactu,* e la donna soffriva orribilmente pei moti attivi del feto che continuavano come prima. Fu solo dopo 10 giorni dall'accidente che resosi il ventre trattabile e poco dolente potei constatare che il feto, che prima col suo sacco occupava quasi esclusivamente la metà destra dell'addome, erasi spostato a sinistra, e trovavasi libero fra le anse intestinali, mentre restava immutata la sede del soffio, nella quale avvertivasi anche una resistenza che sorgente dalla metà destra della pelvi giungeva a 4 trasversi di dita sopra il legamento di Falloppio. Decisi allora d'intervenire appena la donna, che aveva sofferto in nutrizione pel trascorso accidente, fosse tornata in istato soddisfacente. Infatti rifattosi rapidamente migliore il polso, praticai la laparotomia il 1.° Settembre, cioè circa a 7 mesi e mezzo di gravidanza.

Alla presenza del prof. Fabbri, che volle assistermi direttamente, dell'amico prof. Nasi, e dei dott. Salotti, Nasi, Pini e Lorenzi, cloroformizzata la donna, aprii rapidamente il ventre sulla linea mediana cominciando 3 dita al disopra del bellico fino a 4 sotto, e ciò per non discendere troppo in basso coll'incisione e correr rischio di intaccare l'area d'inserzione della placenta. Appena aperto il peritoneo, che non apparve infiammato, escì un po' di liquido sieroso ma non fiocconoso, la testa del bambino mostrossi a nudo fra le anse intestinali a sinistra del bellico, l'afferrai uncinandolo al collo e prontamente estrassi un feto vivo. Il cordone, che era molto lungo, tagliai fra 2 pinze Pean, ed affidai ad un infermiere il bambino. Cercando allora nel ventre, seguendo colla mano il funicolo, trovai che questo andava ad inserirsi alla placenta la quale era attaccata anteriormente sulla parte addominale sino ad 1 dito trasverso al disopra nel legamento di Falloppio, da dove discendeva nello scavo, occupandone la parete anteriore, ed un po' anche il fondo; il funicolo vi si attaccava in vicinanza del bordo inferiore. Non mi fu possibile trovar il sacco, di cui solo potei raccogliere qualche brandello ir-

regolare, più che tutto formato da una membrana infiltrata di grasso e percorso da grossi vasi, in tutto simile all'omento, brandelli che escisi previa allacciatura. Presa la decisione però di lasciare la placenta nell'addome non insistetti con ulteriori manovre, sia dirette a più diligente ricerca delle membrane, sia rivolte a chiarire meglio la diagnosi di varietà della gravidanza, nel timore che trazioni venissero fatte sulla placenta e questa improvvisamente si staccasse. Mi accontentai quindi di lavare il cavo pelvico con soluzione borica, e senz' altro allacciato e reciso il cordone in vicinanza del suo punto di attacco, chiusi il ventre con sutura a piani.

Quale infatti avrebbe potuto essere il modo migliore di trattare quella placenta? Asportarla? no, perchè la sua superficie d'impianto era larghissima e non peduncolizzabile, ed anche il metodo del Martin, delle suture in sezioni, per la posizione speciale dell'organo non sarebbe riescito. Scollare rapidamente la placenta ed allacciare subito al disopra il sacco a scopo emostatico, come ha praticato il prof. Negri in un caso analogo al mio, non era da attuare, perchè non mi era stato possibile raccogliere il sacco, che per la larga rottura subìta 15 giorni prima chissà a cosa era ridotto e per questa stessa ragione non era possibile, pur lasciando la placenta, allacciarvi il sacco di sopra e drenare *per vaginam*. Il pensiero mio poteva rimanere in dubbio fra il metodo usato e quello dello zaffamento alla Mikulitz (rinunciando, benintesi, alla sutura del sacco ai bordi della ferita) ma già prima dell' operazione avevo ai presenti esposto il desiderio mio di attenermi, come poi feci, al primo.

L'Olshausen (1) che di questo è partigiano, senza averlo usato, per quanto mi consta, ne limita l'indicazione ai casi in cui la placenta non abbia rapporti coll'intestino, che deve considerarsi il punto di partenza della putrefazione e suppurazione della seconda nelle gravidanze ectopiche. Nel caso mio l'inserzione placentare non poteva avere rapporto alcuno coll' intestino facendosi direttamente sulla parete anteriore del bacino, sulla metà anteriore del fondo; parevami quindi che in questo caso fossero realizzate tutte le condizioni favorevoli per permettere di esperire il metodo in questione; ed il risultato finale ha confermato a pieno le mie previsioni.

---

(1) *Deutsche Medicinische Wochenschrifth,* 1890.

Il decorso post-operativo fu dei più normali. Apiressia costante; polso che da 110-120, come era anche prima dell'operazione, in 3.ª, 4.ª giornata discese a 80 e 70 pulsazioni; pochissimo vomito da cloroformio nelle prime ore.

8 Settembre. Tolta la medicatura trovai la linea di sutura perfetta; il ventre lievemente tumido, non teso, indolente ovunque. Nel quadrante inferiore destro palpavasi una tumidezza tondeggiante che in alto giungeva a due dita sotto la linea ombellicale, internamente quasi alla linea mediana, all' esterno ad una linea innalzata dalla S. I. ant. inf., pastosa, indolente. Esplorando *per vaginam* l'utero sentivasi sempre spostato a sinistra ed in avanti; nel fornice destro la solita tumidezza in continuità con quella addominale; persisteva il soffio intenso nell' area in cui udivasi prima dell'operazione. Levai qualche punto.

12 Settembre. Tolsi gli altri punti.

Il 19 la tumidezza sembra alquanto aumentata, giungendo in alto quasi alla linea ombellicale.

Il 20 l'operata lasciò il letto per la prima volta, ed il 30 (un mese dopo l' atto operativo) tornò al suo paese, dove, in considerazione delle sue misere condizioni economiche, venne ricoverata all'Ospedale; in cui passò, pur godendo buona salute, quasi tutto l'inverno, e cioè sino a tutto il Febbraio 1894.

Al momento della sua partenza dall'Ospedale di Modena notai che la cicatrice addominale perfetta oltrepassava di 3 dita il bellico in sopra e 4 in sotto, e la tumidezza appariva alquanto diminuita, non giungendo che a due dita sotto la linea ombellicale; essa era meno consistente, e vi si distingueva nella parte bassa un orlo tondeggiante piuttosto duro 2 dita al disopra del legamento di Falloppio e a questo quasi paralello. Vi persisteva il soffio intenso come prima, come pure avvertivasi ancora il fremito nell'arteria pulsante nel fornice destro.

Ventisei giorni dopo l' operazione apparve un' abbondante montata lattea, che molestava la puerpera anche all' atto della sua dimissione dall'Ospedale di Modena.

Di tanto in tanto io rividi questa operata andandola a trovare all'Ospedale di S. Martino, ed ecco quanto trovo menzionato nelle mie note:

24. XII. 1893. (4 mesi dopo l'operazione). Continua il soffio, di poco meno intenso, sulla tumidezza che non accenna a diminuire; anzi sembra profondamente fluttuante. La donna non ha che lievi rialzi di temperatura alla sera non oltrepassanti il 37. 8, e ciò da pochi giorni. Sta però alzata, mangia con appetito e si rimette.

15. III. 1894. (6 mesi 1[2 dopo l'operazione). La tumidezza è diminuita, non deborda che di 3 dita la branca orizzontale del pube destro. Vi si sente sempre il soffio, ma più debole. Dal Gennaio le mestruazioni

sono riapparse regolari. L'utero è ben involuto. La tumidezza esplorata bimanualmente appare grossa come una testa settimestre.

12. VIII. 94. (14 mesi 1[2 dopo l'operazione). La tumidezza non palpasi più attraverso l'addome; esplorata per vagina la si sente grossa come un piccolo arancio, occupante la regione del parametrio e del legamento largo. Si sente sempre l'arteria nel fornice, pulsante, meno fremente. Non si ode più il soffio.

7. XII. 94. (14 mesi 1[2 dopo l'operazione). Tumidezza ancora un po' diminuita, mobile coi tessuti circostanti sulle pareti pelviche. La donna gode salute perfetta, e non è mai stata a suo dire e dei parenti, tanto ben nutrita come lo è ora e da parecchi mesi.

III. 95. Tumidezza grossa come un ovo di gallina, utero piccolo continuantesi col suo bordo destro nella tumidezza, che ha superficie liscia, regolare ed è di consistenza dura; indolente, non vi si avvertono accidentalità nel suo limite superiore che ricordino gli annessi uterini.

Insisto sulla sede che occupa l'avanzo della secondina perchè, non avendo potuto all'atto dell'operazione verificare se realmente trattavasi di gravidanza tubarica intralegamentosa, essa mi sembra confermare l'asserto diagnostico di varietà tubarica intralegamentosa emesso sin dal principio. L'esame istologico dei brandelli escisi, mi mostrò trattarsi più che altro di lembi di omento.

Questo adunque il decorso dal quale potrebbesi arguire che si fosse nei primi giorni dopo l'operazione raccolto del liquido, forse del sangue, nel cavo rimasto della cisti fetale, liquido che, trattandosi di ambiente asettico non ha suppurato ma è venuto a poco a poco riassorbito. Rispetto poi alla placenta parmi si possa concludere che almeno per 6 mesi la circolazione vi è continuata con una certa attività, giacchè dopo un tal periodo di tempo vi si avvertiva ancora il soffio; da qui potrebbe aver conferma la quistione ancora sub-judice se realmente dopo morto (od estratto) il feto la placenta continui a crescere, come hanno creduto Lawson-Tait, Alban Doran, Barbour, Torton, Lugeol, Gubb, fondandosi sulla sproporzione soventi osservata fra una placenta voluminosissima d'un feto morto da tempo e di apparente età inferiore a quella della seconda. Aumento poi che per l'Honocks dipenderebbe dal continuare a crescere le villosità coriali nutrite dalla circolazione sanguigna materna.

Comunque sia dopo 6 o 7 mesi ha cominciato a diminuire, ed in altrettanto tempo si è ridotta a tumoretto insignificante ed in continuo lento impiccolimento.

Venendo al feto ecco le poche cose che lo riguardano. Sesso maschile, peso grammi 1740 grammi, lunghezza 43 cent. Conformazione scheletrica normalissima, nutrizione molto scarsa, testicoli discesi nello scroto. Visse 23 giorni e fu nutrito da una balia che veniva, per gentile concessione del Primario del Brefotrofio prof. Govi, mandata ad allattarlo ogni 3 o 4 ore alla sezione del Padiglione Vaccà ove trovavasi l'operata, vietando il regolamento locale che un neonato legittimo potesse essere introdotto e nutrito nel Brefotrofio medesimo. Per questo forse, e perchè in quel tempo molti erano i lattanti del baliatico e pochissime le balie, al bambino in discorso non toccò una nutrizione molto buona e molto diligente. Esso sembrò nei primi giorni aumentare poi rimase stazionario, fu usato le gavage, ma ciononostante soccombette per deficiente nutrizione e per debolezza da prematuranza, come già ho detto, in 23.ª giornata. L'autopsia non rivelò alcuna anomalia che avesse potuto menomamente impedire a questo bimbo di vivere e divenire grandicello. Se in quel momento si fosse potuto avere una buona balia penso che realmente ora io potrei annoverare un doppio esito felice materno e fetale!

* * *

Ed ora riassumendo dirò quali sono i motivi che mi parvero rendere la storia narrata scientificamente interessante.

Le laparotomie primarie per gravidanza extrauterine non sommano ancora a moltissime. L'Orillard (1) che le ha raccolte in una tesi ben fatta ne ha trovato 60, di cui, tolte 8 praticate su madri *in extremis,* ne rimangono 52 operate, 28 guarirono e 24 morirono (46 0[0). Queste cifre rappresentano già un immenso progresso se si pensa alle cifre delle statistiche di Maygrier, Litzman, Waerth, Harris che chiamava la laparotomia primaria per gravidanza ectopica *obbrobrio della chirurgia addominale;* e questo progresso immenso si è fatto quasi esclusivamente in questi ultimi 7 anni. Se aggiungiamo a queste cifre il caso felicissimo operato dal Negri, e che non figura nella tesi di Orillard, ed il mio, abbiamo 30 madri salvate su 52 operate, cioè una mortalità del 44. 10 0[0.

---

(1) Loc. cit.

Dopo il 1.° caso del prof. Negri in Italia non mi consta ne siano stati operati altri prima del Settembre 1893, il mio avrebbe quindi nella letteratura ostetrica italiana il *quarto posto,* calcolando i casi del Novara e del Lazzati. Il prof. Negri ne ha operato poi dopo un altro caso felicemente che sarebbe il quinto, ma finora inedito; ed il sesto è quello recentissimo operato dal prof. Pestalozza, con ablazione oltrechè del sacco anche dell'utero, e con risultato ottimo per la madre e pel bambino (1).

Dal lato diagnostico l'osservazione mia è interessante per la coincidenza, già altre volte notata, della sede del soffio con quella dell'inserzione della placenta. Essa inoltre è un'efficace dimostrazione anche della possibile rottura della cisti fetale al 7.° mese, od in molta prossimità di questo, quando cioè se ne crede scemata la probabilità e si sta attendendo per intervenire o la vitalità completa del feto, o la morte di questo, per operare nel 1.° caso nell'interesse oltrechè della madre anche del bambino, nel 2.° in quello esclusivo della madre; e perciò solo è un fatto di più in favore del sollecito intervento qualsiasi il momento, prima della vitalità del prodotto, in cui la gravidanza venga diagnosticata.

È poi interessante perchè, come dissi sul principio di questa mia nota, è il primo caso che dimostra la possibile innocuità dell'abbandono totale ed indefinito del sacco e placenta nel cavo addominale, dove questa può dopo un certo lasso di tempo lentamente venir scomparendo. L'indicazione generica di questo modo speciale di trattamento del sacco sarebbe, in caso di laparotomia primaria, la inserzione a vasta superficie e specialmente nel cavo del legamento largo; un'indicazione speciale sarebbe data dall'impossibilità di raccogliere il sacco per precedente più o meno antica sua vasta lacerazione, e di trattarlo quindi o colla marsupializzazione o colla sua allacciatura al disopra della placenta, chiusura del ventre e largo drenaggio vaginale. La condizione poi permittente (Olshausen) (2) sarebbe la mancanza di rapporti intimi della placenta coll'intestino.

Modena, 1.° Maggio 1895.

---

(1) *Lo Sperimentale,* 1895, N. 10.

(2) Loc. cit.

Dott. G. EMILIO CURÀTULO

Professore Pareggiato di Ostetricia e Ginecologia nella R. Università di Roma
Membro della Società Ostetrica di Edinburgo, della R. Accad. Medica di Roma, ecc.

Gravidanza gemellare monocorion

con feto anencefalo poliamniotico e foetus papyraceus

(CONTRIBUTO CLINICO E RICERCHE ISTOLOGICHE)

È un fatto ormai di abbastanza frequente osservazione il coesistere, nella gravidanza bigemina, della idropisia di uno dei sacchi ovulari, come altresì l'occorrere di una mostruosità fetale in concomitanza all'idramnios.

Ma è abbastanza rara l'osservazione di una gravidanza gemellare dalla fecondazione di un solo ovulo *(monocorion)*, in cui uno dei gemelli sia mostruoso *(anencefalo)* fortemente poliamniotico, con brevità del funicolo, e l'altro papiraceo. Le alterazioni poi riscontrate alla indagine microscopica negli annessi fetali danno al caso che intraprendo ad illustrare speciale importanza.

Trattasi di una giovine a 27 anni. Nulla che richiami l'attenzione nell'anamnesi remota: mestruò a 13 anni e d'allora in poi sempre regolarmente. Si ebbe cinque gravidanze, delle quali le prime ebbero termine con parti e puerperi normali. Durante la 5.ª gestazione sin dai primi mesi cominciò a notare uno sviluppo del ventre superiore all'epoca della gravidanza, sviluppo che andò mano mano crescendo sino da diventare addirittura enorme negli ultimi tempi. Intensi erano i disturbi meccanici riferibili alla circolazione, manifestantisi con forti edemi agli arti inferiori, ed alla respirazione divenuta difficilissima. Pervenuta all'ottavo mese di gravidanza iniziaronsi le contrazioni uterine, le quali, a cagione della diminuita contrattilità della muscolatura uterina per l'eccezionale sviluppo del contenuto, procedettero lente e poco intense. A capo di 10 ore la levatrice, essendo completa la dilatazione, ruppe il

sacco delle acque e ne colarono fuori in tanta quantità da inzuppare, a dir della medesima, i materassi ed inondare il pavimento della stanza. Il liquido amniotico presentava un colorito giallastro, non era fetido. Dopo alcuni minuti le contrazioni fattesi più frequenti e forti, veniva espulso un feto anencefalo. Il secondamento si faceva aspettare e considerevole essendo l'emorragia per la mancata retrazione uterina, fu fatta l'estrazione manuale della placenta. In seguito ad irrigazioni calde l'utero si contrasse, il puerperio procedette normale. Io ebbi il pezzo anatomico circa due ore dopo il parto.

Trattasi come vedremo di una gravidanza bigemina monocorion con feto papiraceo. L'uno dei feti, il maggiore, di sesso maschile e del peso di gr. 1130, manca della volta cranica e del cervello; al posto di questo si notano pochi grumi sanguigni ricoperti da una membrana bianco rossiccia. Il canale spinale è aperto in alto, la colonna vertebrale alquanto accorciata, per cui la testa, come accade nelle mostruosità congeneri tirata allo indietro, gli occhi fortemente sporgenti, aperti ed iniettati; difettoso lo sviluppo della fronte, la bocca aperta e da essa vedesi tra le arcate gengivali la lingua grossa e nerastra. Tutto ciò dava alla fisionomia del feto un aspetto che assai giustamente fu detto richiamare quello della testa di un rospo. Nel rimanente il feto era assai bene conformato.

Alla sezione riscontrai il cuore ipertrofico con ipertrofia delle coronarie, fegato grosso da stasi, reni congesti e lievemente ingrossati. Normale l'inserzione del funicolo ombellicale, niuna stenosi della vena omonima. Il cordone piccolo *(cordone magro)* non presentava nodi nè veri nè falsi; era però notevolmente accorciato, misurando appena centimetri 29.

Degna invero, di maggiore attenzione si era la placenta colle sue membrane; si ha un'unica massa placentale, di forma quasi rotonda, del peso di gr. 336, la quale, studiata nella sua faccia uterina ci si presenta nettamente divisa in due zone, facilmente distinguibili tra di loro per lo spessore, per il colore e per la loro diversa superficie. Una di esse poco meno estesa dell'altra misura nel suo maggior diametro ctm 8. Essa non ha più i caratteri propri alla faccia uterina della placenta normale, ma mostrasi di colorito giallo rossastro resistente come coriacea, a superficie piuttosto scabra, ricoperta in qua ed in là da piccoli grumi. L'altra zona della placenta misura nel suo maggior diametro ctm. 9 e presenta sulla superficie i caratteri suoi propri, notandosi qua e là isole di cellule deciduali o di caduca inter-utero-placentale. Queste due zone placentali sono strettamente connesse tra di loro. Un'alterazione dovette adunque colpire metà della placenta: di che genere fosse quest'alterazione, quali furono le cause che la determinarono vedremo or ora di potere indagare.

Occorre però, dare uno sguardo alla superficie fetale della placenta. Quivi l'inserzione delle membrane non presenta nulla di anormale; non si ha cioè quella speciale forma d'inserzione marginale descritta dal Fabbri, Hofmeier, Kuestner, ed altri e che come è noto, fu ed è tuttavia soggetto di discussioni. Notasi un solo corion ispessito e ricoperto sulla superficie uterina da isole di cellule deciduali manifestamente degenerate. L'amnios si separa facilmente dal corion; è opacato, ma non si nota alcuna traccia di vascolarizzazione o di essudati, sì da far pensare a pregresse infiammazioni; fatto del resto quest'ultimo non ammesso dalla maggioranza degli ostetrici. La cavità dell'ovo è enormemente dilatata; in un lato dentro di essa, notasi un'altra piccola cavità della grandezza di un ovo di gallina contenente poco liquido di colorito giallo-sporco. L'amnios della grande cavità si addossa all'amios della piccola cavità, la quale contiene un feto papiraceo di tre mesi circa di sviluppo, di sesso maschile, schiacciato notevolmente nel senso trasversale: notansi sovrapposte le ossa parietali e le metà laterali del corpo, sì da prendere quella forma particolare assai bene rassomigliata ad una suola di scarpa. Il funicolo filiforme, ma intero, va ad inserirsi in corrispondenza di quella zona placentale atrofica già descritta. La superficie fetale di tutta la massa placentale presenta uno sviluppo considerevole di quei vasi che normalmente decorrono sulla superficie amniotica della placenta, sviluppo che si accompagna a relativa durezza delle pareti vasali medesime. La distanza tra i due punti d'inserzione dei funicoli è di ctm. 3 1[2. Quello appartenente al feto superstite cade a ctm. 1 circa dalla zona placentale atrofica.

Brevemente descritti i caratteri più salienti del pezzo anatomico mi si permettano talune considerazioni che l'importanza del caso mi inducono a fare.

Ed anzi tutto è a notare il fatto della presenza di un solo corion, ciò che dimostra essere pervenuto e fecondato nella cavità dell'utero un solo ovulo con due macule germinative; evenienza questa di una certa rarità, da poichè la statistica di Ahlfeld, la più completa sull'argomento, ha rilevato come su 506 casi di gravidanza gemellare se ne siano trovati solo 59 con un corion e due amnios e 3 con un corion ed un amnios. Come l'Ahlfeld stesso ha per il primo notato, nelle gravidanze monocorion i due gemelli presentano lo stesso sesso e così è nel caso in esame.

Già il Mangiagalli ed il Cuzzi hanno segnalato come il Boccalini

Traiano, satirico scrittore veneziano del 600, dimostrasse conoscere la possibilità di trovarsi due feti nello stesso involucro racchiusi ed in tal caso dover avere essi sempre il medesimo sesso. Nel suo libro infatti, dal titolo « *Ragguagli del Parnaso* » volendo esortare i giovani a tenersi lontani dalla donna, dall' *eterno femminino,* sempre pericoloso, rapporta egli l'esempio della natura, la quale non si fida di lasciare nella cavità della matrice insieme fratello e sorella. « Allorchè una donna « concepisce due gemelli, se essi sono maschi, ambidue si veggono chiusi « in una sottilissima membrana, cosa che anche accade se ambedue sono « femmine; ma se avviene che uno sia maschio e l'altro femmina, la « sagacissima natura in una particolare membrana separata dal maschio, « conserva la femmina. »

Ma vediamo ora di darci adeguata spiegazione dei fenomeni patologici che il contenuto di quest'uovo ci dà campo di osservare.

La prima domanda in verità che io mi sono rivolto nello studio del caso è stata la seguente: il feto che ora vediamo trasformato in *foetus papyraceus* soggiacque in seguito a lesione della zona placentare a lui appartenente e che ora vediamo macroscopicamente alterata? Ovvero è più logico lo ammettere che la lesione della placenta seguì alla morte del feto?

È noto come diverso sia lo sviluppo dei due feti in una gravidanza gemellare proveniente dalla fecondazione di due ovuli (dicorion). Una delle circolazioni del feto si fa sempre a scapito di quella dell'altro, sebbene due siano le placente e niuna connessione vascolare esista fra di esse. Ora in casi di gravidanza da un solo ovulo con due macule germinative (monocorion) abbiamo delle condizioni anatomiche, le quali ci dimostrano come non solo di gran lunga maggiori debbano essere le probabilità di un inferiore sviluppo di uno dei feti gemelli, ma eziandio come frequente, e le statistiche lo dimostrano, debba essere la morte di esso e la sua trasformazione in *foetus papyraceus.* Anzi l'Ahlfeld ritiene che il *foetus papyraceus* debba solo prodursi nelle gravidanze doppie monocorion. Se i vasi allantoidei si anastomizzano nella placenta mediante solo capillari, lo sviluppo dei due feti è regolare, ma se l'anastomosi si fa mediante grosse arterie, se il cuore di un feto è più robusto di quello dell'altro, nel dipartimento placentare del gemello più debole si avrà una stasi, che sarà la causa della sua morte. Ma Schatz,

che è il ricercatore più accurato di questo capitolo dell' ostetricia, ha potuto perfettamente dimostrare nelle placente di feti monocorion quattro sorta di anastomosi: 1.° capillare, che è il residuo della primitiva formazione vascolare, 2.° arteriosa sopracapillare superficiale, 3.° venosa sopracapillare superficiale, 4.° anastomosi capillare intravillosa. Si ha quindi che una parte di questi tronchi villosi trasporta il sangue dal secondo al primo: ne consegue quindi una terza circolazione che è comune ai due gemelli e che conduce ai due cuori rispettivi.

Ora siccome la corrente di questa terza circolazione, che va dal 1.° al 2.° feto, non è di solito assolutamente identica a quella che va dal 2.° al 1.°, ne risulta una asimmetria dinamica di questa circolazione, che spesso non è completamente compensata dalle anastomosi e che per conseguenza dovrà cagionare la morte o modificazioni funzionali nel corpo del feto più debole. È una concorrenza vitale che s' impegna in seno alla cavità dell'utero fra i due gemelli; è, direi, ciò che Darwin definì *the struggle for life* iniziantesi qui sin dalla matrice, che produrrà la morte del più debole nei casi più gravi di asimmetria dinamica e la mancanza di sviluppo generale o l' atrofia del centro circolatorio colla produzione di acardiaci, osservati dall'Ahlfeld, negli altri casi.

Così dovettero procedere le cose nel caso nostro.

Il feto più debole soggiacque alla lotta e mummificandosi, spinto e compresso dallo enorme sviluppo del liquido amniotico del gemello superstite, assunse i caratteri del *foetus papyraceus,* rimanendo racchiuso tra la sua massa placentare atrofizzata ed il suo sacco amniotico, ove noi l'abbiamo rinvenuto.

Io non potei fare, come sarebbe stato doveroso, l'iniezione dei vasi del funicolo del feto maggiore per vedere quali connessioni vascolari esistessero tra le due zone placentali; la placenta alterata rimaneva sì strettamente aderente alla parete uterina, che al distacco manuale in parte si lacerò dal rimanente della massa placentale e l'iniezione sarebbe riuscita infruttuosa. Ma oramai le mentovate osservazioni dello Schatz e d'altri non lasciano dubbio su questa connessione vascolare. D'altro lato l' esame istologico della massa placentale alterata, mi conferma ancora più che la sua funzionalità venne meno in seguito alla morte del feto e non per infiammazione primitiva della placenta medesima. Infatti si tratta di una degenerazione fibro-grassosa, in alcuni punti jalina, che dovette

susseguire alla trombosi delle diramazioni vasali dei villi; trombosi che in alcuni dei miei preparati si vede assai nettamente.

Ma volgiamo un momento l'attenzione al gemello superstite. Esso nuotava, si disse, in una enorme quantità di liquido amniotico e per di più era mostruoso, anencefalo. La patogenesi dell'idropisia dell'amnios fu ed è in parte ancora oggetto di numerose ricerche non tutte consone tra loro nei risultati. Controversa essendo infatti l'origine del liquido amniotico, difficile doveva riuscire lo studio della patogenesi dell'idramnios. Sibbene in verità, può dirsi oggi quasi chiuso il dibattito riguardo alla origine del liquido amniotico, ed i sostenitori dell'origine materna rappresentati da Zuntz, Wiener, Kruckenberg, ed altri, hanno dato la mano ai sostenitori dell'origine fetale formando una teoria mista materno-fetale.

Il liquido amniotico può provenire dal siero del sangue fuoruscito dai vasi della caduca, filtrando attraverso il corion e l'amnios, e come è stato sperimentalmente dimostrato; può provenire dalla esalazione cutanea e secrezione renale del feto come sostiene Prockownick; può provenire infine come ammettono Saellinger, Mangiagalli, Truzzi ed altri, da filtrazioni di siero dai vasi del cordone ombellicale attraverso la membrana amniotica.

Io rimando il lettore ad una monografia del Guzzoni degli Ancarani citata da me nella parte bibliografica insieme ad altri lavori che col soggetto che m'occupa hanno attinenza e nella quale trovasi assai accuratamente raccolta la letteratura in proposito. Nel nostro caso però, a me sembra non sia cosa ardua il rendersi ragione dell'enorme accumulo di liquido, e la ricerca istologica della placenta ci conforta nel nostro assunto.

Per il dato e fatto della morte di uno dei gemelli, che mal resisteva alla prevalenza circolatoria dell'altro, si ebbe, come dissi, la mancata funzionalità di quella porzione placentale a lui pertinente, ma che per la comunanza circolatoria apparteneva pur essa al fratello superstite, onde la placenta residuale male poteva bastare alla quantità di sangue circolante. Mentre infatti prima la massa sanguigna irrorava una superficie placentare di ctm. 17, veniva ora limitata ad un distretto di ctm. 9. Conseguir ne dovette, è permesso il supporre, un aumento notevole della pressione endovasale, la quale a sua volta produsse una maggiore trasudazione di parti liquide del sangue; pressione vasale alla quale dovette pure contribuire, nei suoi limiti, la notevole brevità del funicolo

ombellicale. L'idramnios sarebbe stato causato adunque da trasudazione dai vasi del cordone e della superficie amniotica, come già il Monro e poi il Saellinger, il Mangiagalli ed altri esperimentalmente dimostrarono. È noto come Monro pel primo iniettando acqua calda nei vasi ombellicali vedesse trapelare il liquido alla superficie dell' amnios. Saellinger nel 1873, Mangiagalli, Truzzi, in seguito ripeterono tale esperienza avendo uguali risultati; sotto una pressione anche leggiera provocata mercè iniezioni nella vena ombellicale questi esperimentatori vedevano in breve lasso di tempo trapelare il liquido attraverso dell'amnios.

La circolazione nella vita intra-uterina prende appunto il titolo di cardio-placentare, perchè tra il cuore del feto e la placenta si compie. Ora quando noi abbiamo un inceppo a questa circolazione, perchè diminuito grandemente ne è il suo territorio, non è ragionevole il supporre che debbano riscontrarsi quegli stessi fenomeni che si osservano nella vita extra-uterina quando, ad esempio, il fegato, organo eminentemente interessante pel normale funzionamento della circolazione, non funziona, in parte o in totalità, come nei casi di cirrosi?

Anche l'indagine istologica rigorosamente eseguita nella placenta appartenente al feto poliamniotico porge sostegno, come già io dissi, al nostro assunto. Ho praticato al microtomo numerosi tagli, alcuni dei quali assai dimostrativi. Noi abbiamo fatti di grande interesse che riguardano il sistema vasale tanto superficiale che intra-villoso. Notevolissima è l'iperplasia delle pareti vasali ed in particolare guisa delle arterie. Tale ispessimento delle tuniche vasali concerne più la esterna e la media; l'intima poco vi prende parte e tale ispessimento che osserviamo altresì nelle sezioni del cordone ombellicale, in taluni punti è sì considerevole da occludere il vaso del villo. Questa iperplasia funzionale io addebito all'alterata pressione vasale in seguito al diminuito territorio placentale.

Ma si domanderà e giustamente: possiamo noi escludere nel nostro caso una delle cause produttrici dell'idramnios quasi concordemente ammessa dagli autori, cioè a dire la concomitanza di un processo sifilitico?

È un pezzo ormai che all'indagine clinica io mi compiaccio unire, ove è possibile, la istologica.

Se io dovessi stare solamente a quanto dall' anamnestico risulta dovrei escludere l'infezione celtica.

Un esame non molto profondo della placenta, insieme ad una certa difficoltà che in taluni casi si ha nel distinguere al microscopio la arterite sifilitica da una di altra natura, siccome autori competentissimi come Ziegler e Brich-Hirschfeld affermano, mi avevano indotto ad escluderla. Nell'arterite sifilitica è specialmente l'intima che prolifera. Numerose sezioni però praticate al microtomo e di vari punti della placenta mi hanno condotto ulteriormente a dubitare se insieme alla causa del-

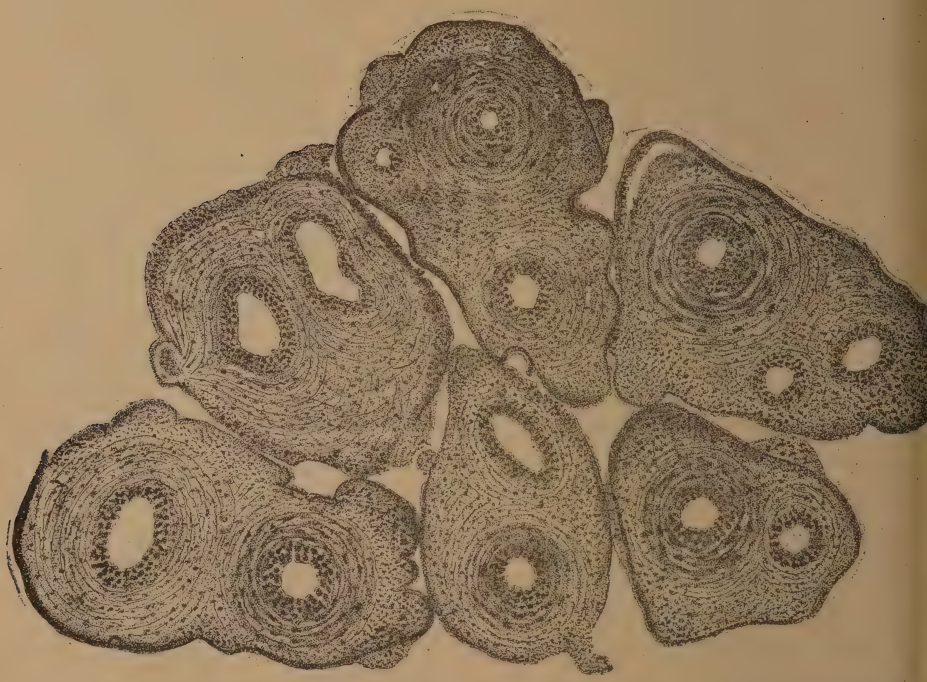


FIGURA I. — Sezione trasversale della zona placentale appartenente al feto anencefalo poliamniotico.

l'idramnios già di sopra menzionata potesse esservi eziandio la infezione sifilitica. Se infatti nella maggioranza dei casi è solo considerevole la iperplasia della tunica media dei vasi dei villi, moltiplicando però le indagini sono riuscito a scorgere in taluni preparati una proliferazione dell'intima.

Le figure qui annesse sono abbastanza dimostrative perchè io non creda necessario prolungarmi in ulteriori dettagli.

La figura I mostra la ipertrofia ed iperplasia dei villi ed in qualche punto la proliferazione dell'intima. La figura II rappresenta la sezione del funicolo; se è notevole l'ispessimento della muscolare, non è molto spiccata la proliferazione dell'intima, la quale invece si può vedere, nel modo il più tipico, nella fig. III, che è la sezione di un funicolo, di un feto con tutti i caratteri della sifilide e da me in altra occasione studiato.

Prima di finire lo studio di questo raro caso dovrei dire qualche parola intorno alla mostruosità fetale del feto superstite.

È anche questa purtroppo una quistione *sub judice* e che in questi ultimi tempi ha richiamato l'attenzione degli studiosi. È ovvio che i casi di idramnios acuto a gravidanza inoltrata non possono considerarsi come produttori di quei vizii di conformazione che solo nei primi tempi dello sviluppo embrionale sono possibili avverarsi. L'essere corrivi

FIGURA II. — Sezione trasversale del cordone ombellicale appartenente al feto anencefalo poliamniotico.

FIGURA III. — Sezione trasversale del cordone ombellicale appartenente ad un feto sifilitico.

quindi a voler ritenere questi due fenomeni morbosi costantemente in rapporto come causa ed effetto non mi pare a mio debole parere, cosa che possa rispondere al vero. Certamente il frequente occorrere di mostruosità riguardanti il sistema nervoso cerebro-spinale in concomitanza all'idramnios è tal cosa che deve richiamare la nostra atttenzione. Piuttosto che attribuire l'idramnios in questi casi alla mancanza di movimenti di deglutizione del feto per effetto della assenza dei centri nervosi, come vorrebbe il chiariss. prof. Fabbri, mi sembra che i magistrali studi del Luciani abbia chiarito in modo evidente l'influenza trofica generale del sistema nervoso-centrale, onde non ripugnerebbe lo ammettere che per mancanza di questo vengano anch'esse traviate quelle normali condizioni per le quali si ha la fisiologica produzione del liquido amniotico.

Porrò termine a questo breve scritto rammentando quelle stesse parole colle quali il mio maestro prof. Mangiagalli conchiudeva la illustrazione di un caso di gravidanza gemellare con idramnios. « Non ho la « pretesa che l'edificio così innalzato sia incrollabile, nè che le ipotesi « fatte non possano offrire il fianco a qualche obbiezione; ma dovendo « pure ricercare le cause di ogni fatto che ci si presenta all'osserva- « zione, mi parve che esse rispondessero meglio di ogni altra ai requi- « siti della razionalità nel caso attuale. »

BIBLIOGRAFIA.

CHARPENTIER. « Traité prat. des Accouchements. » 1882, T. I.

CUZZI. « Trattato di Ostetricia e Ginecologia. » (In corso di stampa).

GUZZONI DEGLI ANCARANI. « Gravidanza gemellare ed idramnios ecc.... *Gazzetta degli Ospitali*, N. 13, 14, 15, anno 1888.

MANGIAGALLI. « Gravid. gemellare ed idramnios. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno 1885.

COSENTINO. Ibidem.

ZIEGLER « Trattato di Anatomia Patologica. » Ultima edizione.

BIRCH-HIRSHFELD « Trattato di Anatomia Patologica. »

BALLANTYNE « A foetus compressus or papyraceus. » *Edimb. Med. Journ.*, Febbraio 1894.

Tralascio per brevità le altre pubblicazioni che possono rilevarsi dai succennati lavori.

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO
Direttore Senatore Prof. E. Porro

CANCRO E FIBROMA DELL'UTERO

Nota clinica pel Dott. F. VILLA

La diagnosi precoce del cancro che si sviluppa sul collo uterino si presenta in molti casi assai difficile e negli stadii veramente iniziali del male, anche l'esame microscopico può lasciare serii dubbi. Quando invece il neoplasma ha assunto un certo sviluppo, allora il diagnostico riesce ovvio ed i caratteri dell'ulcerazione, o della massa a cavolfiore o dell'infiltrazione sono tali che un errore è impossibile.

Se in taluni casi un polipo fibroso potè essere sospettato un carcinoma, per quanto mi sappia, non fu pubblicata alcuna osservazione di cancro midollare polipiforme del collo, con parvenze tali, da mancare assolutamente ogni criterio che potesse salvare dall'errore in cui si cadde diagnosticando trattarsi di un fibromioma. Il caso parmi interessante anche per la questione della degenerazione maligna dei tumori fibro-miomatosi.

***

Certa N. N., di Lacchiarella, entra nella clinica il 12 Agosto 1891 ed è iscritta al N. 436. Mestruata per la prima volta a 17 anni e di poi sempre regolarmente, condusse a termine dieci gravidanze. I parti furono naturali, facili, ed i puerperi regolari. Nella gravidanza attuale nulla rimarcò di anormale e se negli ultimi mesi osservò un lieve aumento nella leucorrea abituale e perdita di qualche goccia di sangue

dai genitali, nessun sintomo le fece mai sospettare d'essere affetta da malattia uterina.

All'esplorazione vaginale si riscontrò invece un tumore sferoidale del volume di un grosso arancio, a superficie regolare e consistenza duro-elastica uniforme, impiantato alla base della metà destra della parte antero-laterale del collo uterino ingrossato, come occorre d'osservare nelle pluripare. Anteriormente ed a sinistra si percepivano piccole irregolarità di superficie che furono interpretate come ovuli di Naboth, e contornando il neoplasma, il dito si spingeva nel canale cervicale senza riscontrare alcuna condizione anomala.

La consistenza, la regolarità di superficie, una certa mobilità della mucosa sul nocciolo apparentemente unico ed uniforme in consistenza del tumore, fecero diagnosticare trattarsi di un polipo fibroso.

Il giorno 4 Settembre si dichiara il travaglio a termine. Alle 6 pomeridiane, i dolori già iniziati da circa 4 ore si fanno più vivi ed alle 6 1[2 il sacco amniotico si rompe spontaneamente, dando esito a liquido abbondante. Si pratica l'esplorazione e girando attorno il tumore si riscontra che vi è dilatazione di circa 5 cent., che le pareti del collo non in rapporto col neoplasma sono cedevoli ed assottigliate e che allo stretto superiore vi è presentazione di vertice con procidenza della mano destra. L'estremo cefalico è un po' deviato, per cui, respinta la presentazione, porto in alto la mano procidente e con facilità ottengo la correzione.

I dolori continuano ad essere regolari e validi, la presentazione si fissa e poi scende alla parte alta dello scavo ed il tumore viene spinto in basso fino a premere sulla parete vaginale posteriore. Ma alle 8 1[2, pur essendovi dilatabilità completa, le condizioni locali sono immutate, mentre la donna comincia ad essere stanca e vi è albuminuria, onde giudico partito migliore l'intervenire, l'espletare artificialmente il parto. Applicato senza difficoltà il forcipe, trazioni valide abbassano la testa, ed il tumore si disimpegna sotto al pube e ruota attorno ad esso mentre la testa arrivata al piano perineale, ruota e si libera facilmente dall'anello vulvare. Il feto del peso di 3230 grammi, leggermente asfittico è ben presto rianimato, ed il secondamento segue facile e completo. Durata complessiva del travaglio ore 6 1[2.

Il tumore compresso fra le branche del forcipe ed il pube era assai contuso e screpolato in alcuni punti dava sangue, ed appariva molto meno consistente, e più allungato a forma di pera con un peduncolo breve ed edematoso, formato dalla metà destra del labbro anteriore.

Dissi che la forma, la superficie, la consistenza, ecc. del tumore erano tali da non riuscire menomamente dubbia la diagnosi di fibroma e però fui meravigliato di trovarmi nelle mani una massa, molla encefaloidea che non poteva per nulla essere assomigliata ad un fibroma edematoso, quando praticata un'incisione circolare sul segmento inferiore

del tumore mi feci a snuclearlo. La neoplasia era facilmente scollabile dalla parete ed io svuotai completamente la loggia nella quale era contenuto. Residuò una breccia larga e profonda, per l'avvenuto scollamento della parete vaginale, delimitata anteriormente da detta parete vaginale, posteriormente dalla parete cervicale e nel fondo dal connettivo paracervicale e para-vaginale, che suturai con punti profondi e superficiali.

Il puerperio decorse regolare, in 7.ª giornata tolsi i fili e trovai coalito ottimo eccetto che in un tratto limitato, ed in 9.ª giornata l'operata lasciò la clinica.

Contrariamente alle mie raccomandazioni, la poverina non si fece più vedere se non in capo a parecchi mesi quando il carcinoma aveva invaso estesamente i parametrii.

* * *

Per avere immediata conferma della diagnosi macroscopica di cancro midollare, sia nell'interesse della paziente quanto per vedere se si trattasse di altra forma maligna, cioè di sarcoma, ricorsi all'esame microscopico che fu fatto nel laboratorio d'anatomia istologica dell'Ospedale Maggiore, ed i preparati non lasciarono possibile un tale dubbio. Si trattava di un cancro-midollare.

Dissi che il tumore era snucleabile, ed infatti esisteva una vera capsula che l'isolava completamente dalle pareti circumambienti, ma di essa non fu possibile fare l'esame istologico essendo stata gettata assieme ai battuffoli ed al liquido d'irrigazione.

L'esistenza indubbia di una tale capsula mentre spiega il modo speciale di comportarsi della neoplasia, e cioè i caratteri clinici proprii del fibroma e parmi anche la mancata diffusione del processo cancerigno, sembrami che indichi altresì la spiegazione della stranezza del caso, portando ad ammettere la degenerazione cancerosa primitiva di un preesistente polipo fibroso.

* * *

L'incompatibilità fra cancro e fibroma, l'assioma che ove vi è fibroma non si sviluppa cancro, è stato dimostrato falso da casuistica discretamente numerosa ed altresì è stata accertata la possibilità di trovare uniti in una sola massa, carcinoma e tumore fibro-miomatoso.

Ciò può prodursi in due modi diversi, e cioè od il cancro attacca la superficie esterna del tumore fibroso e si sviluppa man mano anche a spese di esso, oppure la degenerazione maligna origina veramente in grembo al neoplasma benigno, da elementi epiteliali ivi esistenti od importati.

Per lo più i fibromi sottomucosi hanno origine nello spessore della parete muscolare dell' utero e man mano sviluppandosi respingono la mucosa, incappucciandovisi, ed allora abbiamo possibile la prima modalità d' associazione delle due neoplasie. Virchow (1) l' ammise, Hegar (2) la trovò in un fibroma sottomucoso, Buhl (3) descrisse un caso di polipo sottomucoso che presenta molta analogia con quello pubblicato dal Tibaldi (4), e Koehrig (5) ammise senz'altro una certa predisposizione dei tumori miomatosi per l' infiltrazione carcinomatosa, avendo trovato 24 volte degenerazione cancerigna in 570 malate per fibromi. Ed altre pubblicazioni di Benporath e Liebmann (6) (infiltrazioni da cancro primitivo della vagina), di Ruge e Veit (7), di Gusserow (8), di Schroeder (9) e tre casi di Schönholz (10) confermano l'infausta complicazione derivante dal cancro della mucosa.

Assai più rara è la degenerazione primitiva. Virchow ammettendolo indica di conoscerne solo un caso, di Klob, in cui per altro ben può reggere l'ipotesi dell'infiltrazione cancerigna dalla mucosa d'inviluppo, e così è di altri casi descritti come miocarcinomi primitivi dei quali per altro esiste qualche esemplare (11). Siffatta degenerazione primitiva può

---

(1) VIRCHOW. « Krankhafte Geschwülste. » III, S. 121-122.

(2) HEGAR. « Operative Gynäkologie. » S. 246.

(3) BUHL in KOEHRIG, *Zeitsch. f. Geb. and Gyn.*, Bd. V, S. 285.

(4) A. TIBALDI. « Cancro ematode polipiforme dell'utero. » *Gazzetta degli Ospedali*, N. 58, 1882.

(5) KOEHRIG, *Zeitsch. f. Geb. med. Gyn.*, Bd. V, S. 285.

(6) BENPORATH and LIEBMANN, *Menatschrift f. Geb.*, Bd. 25, S. 250.

(7) RUGE und VEIT. « Krebs der Gebärmutter. » *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. VI, S. 7.

(8) GUSSEROW. « I tumori dell'utero. » In *Enciclopedia* Pitha e Billroth.

(9) SCHROEDER. « Maladies des organes génitaux de la femme. » Paris, 1886, pag. 239 e 284.

(10) SCHOENHOLZ. « Ueber das primäre Carcinom des Uterus. » Zang. Diss., Bonn, in *Centralblatt f. Gynaekologie.*

(11) BABES. In *Centralblatt f. Gynaek.*, 1882, N. 11, S. 212. — GLAESER. *Virchow's Archiv*, Bd. XXV, S. 422 — LIEBMANN. *Centralblatt f. Gynaek.*, 1889, N. 17, S. 291. — EHRENDORFER. « Die primäre carcinomatose Degeneration der Fibromyome des Uterus. » *Centr. f. Gynaek.*, 1892, N. 27, S. 513.

riconoscere parecchie origini e fra queste la provenienza dall'endotelio vasale o dalla metaplasia degli elementi del tumore non deve certo essere ritenuta fra le più probabili, ma tuttavia non può essere esclusa. Ma esistono dei fibromi i quali nascendo, da elementi muscolari lisci siti in tutta vicinanza delle ghiandole, oppure là dove otricoli ghiandolari si sono spinti profondamente nella muscolatura, contengono cavità rivestite da epitelio. Schroeder accennò a queste cisti rivestite da epitelii cilindrici, pochi anni or sono Schauta (1) dichiarò di conoscerne una sola di queste osservazioni studiata da Diesterweg e Clivio (2) più recentemente ne descrisse un altro di siffatti fibromi cistici, ascrivendosi all'opinione di Schroeder che dette cisti provengano dai cul di sacchi ghiandolari che all'inizio dello sviluppo del tumore erano stati strozzati e staccati dalla mucosa.

Hauser (3) invece trovò alla periferia di un piccolo fibroma del fondo un gruppo di otricoli ghiandolari rivestiti da epitelio cilindrico con nucleo ovale situato ad un mezzo millimetro dalla sierosa ed, escludendo ogni altra ipotesi, accettò quella che il tumore fosse da attribuirsi ad un disturbo nello sviluppo embrionale con contemporaneo spostamento delle cellule epiteliali dei canali di Müller. Secondo Hauser potrebbe anche accadere che indipendentemente dal fibroma pullulino dalla mucosa infiammata tubuli ghiandolari che entrino nel tumore e poi si stacchino dalla mucosa.

Più recentemente vennero descritti dal Breus (4) due preparati come fibromi contenenti voluminose sacche cistiche rivestite da epitelio anche con ciglia vibratili.

« Veri fibromi-cistici con cavità rivestita da epitelio si trovano non solo quali tumori sottomucosi o poliposi di modiche dimensioni, come risulta dai casi conosciuti sino ad ora, ma altresì sotto la forma di neo-

---

(1) Schauta. « Zur Casuistik des sogennanten cystichen Myome des Uterus. » *Zeitsk. f. Heilkende,* Bd. X, H. II, III.

(2) Clivio. « Di un caso di fibromioma dell'utero. » *Rivista di Ostetr. e Ginec.,* 1891, p. 253.

(3) Hauser. « Ueber das Vorkommen von Drüsenscläuchen in einem Fibromyom des Uterus. » *Münchener med. Wochenschrift,* 1893, N. 10.

(4) Breus. « Ueber wahre epithelführande Cystenbildung in Uterusmyomem. » Wien, 1894. Rivistato nel *Centralblatt f. Gynäk.,* N. 40, 1894. — Idem. « Zur Cystomyomfrage. » *Centralblatt. f. Gynäk.,* N. 17, 1894.

plasmi voluminosi a sviluppo sottosieroso od anche intralegamentario, perfettamente isolati dall' utero, contenenti parecchi litri di liquido. »

L'epitelio rivestente la cavità cistica di siffatti tumori riconoscerebbe un' altra origine e cioè proverrebbe dai condotti di Gartner. Ciò è pienamente ammissibile, ma secondo Gottschalk (1) siffatti neoplasmi non dovrebbero essere considerati come fibromi, ma come cisti originanti dai detti condotti ed aventi pareti straordinariamente ispessite.

Troviamo ancora a spiegare la presenza di epitelii in grembo a fibromi l' ipotesi di Schottlaender, il quale ammise che la mucosa uterina sia irritata dalla presenza del tumore, a seconda della sede del quale vi sarebbero maggiori o minori probabilità che la mucosa vi invii delle ghiandole. Sarebbe lo stesso concetto di Hauser colla differenza che la pulullazione delle ghiandole sarebbe dipendente dalla presenza del tumore (2).

Riassumendo le diverse probabilità sull'origine della degenerazione primitiva, sono:

1.° Dall' epitelio vasale o da metaplasia degli elementi del fibromioma.

2.° Da inclusione di epitelio ghiandolare: *a*) per origine del fibroma in tutta vicinanza delle mucose; *b*) per esagerato approfondarsi dei tubi ghiandolari nelle compage uterine.

3.° Da tuboli ghiandori inviati dalle mucose nel tumore (Hauser, Schottlaender).

4.° Da ectopie congenite dell'epitelio dei tubi di Müller.

5.° Dall'epitelio dei canali di Gartner.

A queste si deve anche aggiungere la metastasi cancerigna in seno al fibroma proveniente da nodi epiteliali esistenti in punti diversi dell' utero ed anche in altri visceri come Botticher ed ultimamente Schaper (3) hanno osservato.

---

(1) S. Gottschalk. « Sind die von C. Breus als Fälle von wahrer epithelführender Cystenbildung im Uterusmyomen breschriebene Geschwülste echte Myome des Uterus? » *Centralblatt f. Gyn.*, N. 6, 1894.

(2) Schottlaender. « Ueber drüsige Elemente in Fibromyomen des Uterus. » *Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXVII, H. 2.

(3) Schaper. « Ueber eine Metastase eines primären Lungenkrebs in ein interstitielles Uterusmyom. » *Virchow's Archiv.*, Bd. 129, H. 1, S. 61.

Dagli elementi epiteliali qualunque sia la loro origine possono poi sorgere forme cancerigne onde il cancro nasce veramente nel centro del fibroma, non essendo punto necessario che si sviluppi una cisti perchè si svolga poi il carcicoma, ma bastando che nuclei epiteliali siano inclusi nel tumore benigno perchè possa insorgere la degenerazione epiteliale.

Questa è la genesi che mi sembra possibile invocare a spiegazione del voluminoso polipo cancerigno da me osservato, al quale non ponno essere che assai lontanamente raffrontati i polipi miocancerosi di Galabin, Liebmann ed a cui un po' meglio si avvicina quello descritto da Ehrendorfer.

Una produzione maligna primitiva che avesse il volume, la forma, i rapporti ecc. indicati, e che per di più essendo ricoperta da mucosa sana non presentasse infiltrazioni apprezzabili nei tessuti vicini, sarebbe indubbiamente eccezionale, ed invero estese ricerche bibliografiche non mi hanno fatto incontrare alcuna osservazione consimile, per cui ad ogni modo, anche non ammettendo la degenerazicne primitiva di un polipo fibroso, il caso da me osservato resterebbe pur sempre degno del massimo interesse.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Note sui prolassi uterini e vaginali

Comunicazione fatta alla Società Medico Chirurgica di Modena nella Seduta del 14 Dicembre 1894

dal

Prof. E. F. FABBRI.

Il prof. E. Fed. Fabbri ritorna sull'argomento dei *prolassi uterini e vaginali* dei quali trattò già in questa nostra Società nella seduta 7 Marzo 1890, al Congresso Medico di Siena del 1891 e alla Società Med. Chirurgica di Bologna nella seduta del 25 Giugno 1892.

Quanto al *Cistocele vaginale,* accennò già alla grande sua tendenza a riprodursi se, dopo la colporafia anteriore, non si sostenga la parete anteriore della vagina o con pessario o con perfetta colpo-perineo-episiorafia. La ragione di questa tendenza egli la ripose nel fatto che colla colporafia si restringe la vagina ma non la corrispondente parete vescicale, che invece è solo introflessa in piega longitudinale dentro la cavità della vescica; piega che per la pressione interna vescicale e addominale è pronta a sfaldarsi, sfiancando la vagina e la sua recente cicatrice.

Per veder modo di diminuire questa tendenza volle tentare il processo di colporafia anteriore a borsa da tabacco, cui da gran tempo immaginò ed eseguì il prof. J. A. Stoltz, già clinico ostetrico a Strasburgo, poi decano della Facoltà di Nancy e che ora passa la sua onorata vecchiaia nel nativo paesello di Andlau nell'Alsazia.

Questo processo che il prof. Fabbri apprese dallo Stoltz, quando nel 1867 ebbe la buona sorte di frequentar la sua clinica a Strasburgo, consiste nell'escidere un lembo vaginale discoide e nel chiudere la ferita con un laccio passato a filza tutto attorno nei lembi della ferita, e stretto e annodato come il laccio delle rustiche borse da tabacco.

Volle rientrare questo processo non solo perchè la cicatrice stellata cui dà luogo deve essere più robusta delle lineari, ma anche perchè gli sembra più razionale ed efficace degli ordinari processi; poichè colla escisione discoide e colla

sutura centripeta dello Stoltz *si impiccolisce in tutti i sensi* la esuberante parete vaginale anteriore, mentre colla ordinaria sutura lineare antero-posteriore della ferita ovoide si restringe ma *si allunga* la parete vaginale anteriore, e con ciò si agevola la sua ricaduta.

Volle però il prof. Fabbri far precedere alla sutura dello Stoltz la *sutura profonda perduta* con catgut, sutura che nelle plastiche vaginali e perineali fu per primo eseguita dal Werth a punti staccati e che lo Schroeder convertì in sutura continua a sopraggitto.

Se non che, per adattarla al processo dello Stoltz, dovendo la sutura profonda venire sempre più restringendo il fondo della ferita centripetamente, fu d'uopo modificarla facendola a filza e a spirale; cominciando dal fissare il filo attorno al centro della ferita, stringendolo poi ad ogni giro di spirale ed arrestandosi ed annodando il filo quando il fondo della ferita si fu ristretto a un piccolo disco del diametro di circa un centimetro e mezzo. A questo punto egli passò il laccio di seta a filza per la chiusura a borsa da tabacco.

Siccome però in questa chiusura i lembi si uniscono in pieghe raggiate, alcuna delle quali mostra talvolta labbra beanti, così il prof. Fabbri trovò utile fare su queste pieghe beanti suture superficiali di catgut a sopraggitto. Credette pure cosa prudente tenere compresso nei primi giorni il fascio delle pieghe contro il fondo della ferita per assicurarne l'immediata adesione, con un piumacciolo di garza, tenuto fermo allacciandovi sopra uno dei capi del laccio di seta con un laccetto fissato alla mucosa nel punto diametralmente opposto al nodo di seta.

Deve attribuirsi grandissima importanza alle suture profonde perdute nella colporafia anteriore, poichè quivi non han solo l'utilità che hanno in genere le suture a strati nelle ferite vaste e profonde (cioè l'utilità di impedire la formazione di spazi morti e di agevolare l'efficacia della sutura finale diminuendone la tensione), ma ancora il benefico effetto di fissare e rendere stabile per molti giorni la piega rientrante in vescica che la parete vescicale inferiore è duopo costituisca al chiudersi della ferita vaginale; e così di favorire l'adesione dei lembi di essa piega fra loro, e della loro base colla cicatrice vaginale. Eguale benefico effetto riguardo al retto intestino ha la sutura perduta a strati nella colporafia posteriore quando si tratti di rettocele.

Questo indubbio beneficio delle suture profonde non è certo così potente da rendere impossibile la riproduzione o totale o parziale del cistocele, quando condizioni più o meno sfavorevoli si oppongano alla sua guarigione radicale; pur tuttavia ritarda la recidiva; e questa lentezza di riproduzione ha, se non altro, il vantaggio di dar tempo al consolidamento della parete vaginale posteriore e del perineo che colla perineo-colpo-episorafia si cercò di ricostituire in diga contro il rinnovarsi del prolasso.

E forse non è irragionevole il ritenere che la sutura profonda a spirale, da lui usata come complemento del processo Stoltz, abbia a questo intento azione più efficace della sutura a sopraggitto nel processo ordinario di colporafia, perchè è forse più facile che la pressione addominale e intravescicale disfaccia una semplice piega longitudinale di quello che l'*introflessione cilindroide* che è effetto della sutura a spirale.

Questa e le altre teoriche induzioni di sopra esposte, le quali consigliano il prof. Fabbri a ritentare il processo dello Stoltz, trovarono incoraggiante conferma nella sua pratica benchè breve di questi due ultimi anni; ma la trovano sopratutto nella pratica del Munde di New York (1) che solo fra i moderni trattatisti mostra di seguire il processo dello Stoltz, e dichiara di seguirlo perchè gli ha dato « ottimi risultamenti » mentre « i processi di cruentazione longitudinale non gli hanno dato risultamenti definitivi, avendo la cicatrice sempre finito per isfiancarsi. »

Molteplici poi sono le condizioni che possono favorire il riprodursi del cistocele, oltre l'esuberanza della parete vescicale.

Prima di tutto la *mancanza di un perfetto e robusto corpo perineale* e il prolungarsi indietro del vestibolo e della vulva per antica lacerazione e non ben riescita plastica vagino-perineale.

La colpo-perineo-episiorafia deve ricostituire le condizioni propizie di sostegno. Ma siccome anche dopo ridata alla meglio la forma alle parti con questi atti operatori, in esse è difetto di quella contrattilità che all'osculo è conciliata dai cercini muscolari contraentisi; contrattilità che anche dopo rilasciatosi e aperto l'osculo lo riconduce alla angustia o tonicità di prima, è d'uopo a questa azione vitale sostituire *grossezza del corpo perineale e con ciò angustia dell'osculo e della vulva alquanto maggiori del naturale.*

Inoltre è di capitale importanza il provvedere a ciò che nell'osculo e nelle vicinanze dell'osculo non venga meno la *riunione immediata* per colpa di soverchia tensione dei lembi, o perchè questi e la incipiente cicatrice furono esulcerati dai nodi della sutura.

La tensione eccessiva dei lembi è facilissimo averla nell'osculo e subito al di dietro di esso perchè quivi la vagina gode nelle sue pareti laterali di pochissima mobilità. Per questo il prof. Fabbri insiste perchè quivi la escisione alquanto si restringa per riallargarsi nel vestibolo e nelle labbra vulvari. E affinchè ciò nullameno si possa anche in quel tratto mediano ottenere un ingrossamento del corpo perineale, traendo verso il centro i tessuti laterali sottostanti alla vagina, disseca

---

(1) P. F. Munde. « Traité de petite chirurgie gynécologique » traduit par E. Lauvers. Bruxelles, 1890, pag. 590 e 591.

in quel tratto i lembi della ferita per un buon mezzo centimetro perchè essi, rialzati durante l'impianto degli aghi e durante lo stringersi dei nodi, permettano appunto di ricercare e ricondurre sulla linea mediana quei tessuti laterali profondi.

Come è chiaro, il prof. Fabbri parla qui di colporafia posteriore col processo di Hegar; e questo egli in genere preferisce appunto perchè pargli permetta meglio di ogni altro quella ricerca e quella trazione verso il centro dei tessuti laterali.

Quanto al pericolo che i nodi esterni esulcerino più o meno profondamente i lembi e fallisca la immediata adesione e quindi la perfetta ricostituzione del corpo perineale, questo pericolo non si evita col semplice spingere da un lato della linea di sutura i nodi di seta già stretti; bisogna toglierli al 4.° giorno. Nè molto più ci rassicura l'avere usato il catgut invece della seta, solo se ne avrà il vantaggio che l'assorbimento dell'ansa ci farà talora risparmiare le forbici nella rimozione dei nodi. Rassicurerebbe invece la sutura a sopraggitto e a strati con catgut, ma il prof. Fabbri crede che coi punti staccati meglio si ottenga di esercitare quella non lieve forza e varia nei vari punti, che è necessaria a ricondurre verso il mezzo tessuti cui da gran tempo la lacerazione divise.

Ma sopratutto fa notare il prof. Fabbri che, o si usino punti che è d'uopo rimuovere prestissimo, o si usino sopraggitti di catgut che assorbiti in 8 o 10 giorni ordinariamente più non esercitano azione contentiva, l'iniziatasi adesione è in balìa di fortuiti accidenti, come la tosse, il vomito, i premiti vescicali e più frequentemente la stitichezza, che possono rendere più o meno imperfetto e monco l'esito di questa importantissima parte della plastica vaginale. Per ciò il professore Fabbri tornò in questi ultimi anni alla pratica dei punti cutanei perinei profondi. Applica però uno solo di questi punti, lo dà con filo di argento sottile ma doppio; e senza caviglie lo stringe per attorcigliamento al davanti della sutura cutanea superficiale. Non usa caviglie perchè esse ad ogni accostamento delle coscie spingono indietro il filo metallico disturbando la cicatrizzazione; fa uso di filo sottile perchè possa poi senza sforzo estrarsi, e di filo doppio perchè meno facilmente seghi i tessuti.

Questo filo si passa quando è già cucita la parte posteriore della ferita e lo si passa con robusto ago lungo e molto curvo che si infigge sulla cute a un centimetro e mezzo dal margine sinistro della ferita e colla scorta del dito introdotto nel retto lo si dirige profondamente verso sinistra poi indietro, sì da passare rasente il retto un centimetro e mezzo circa dietro l'osculo; e a ritroso, dopo averlo girato attorno ai tessuti profondi di destra, lo si fa escire dal labbro destro della ferita cutanea. In donne grasse si può passare l'ago in due tempi. Passato così il filo metallico non lo si stringe, ma solo tendendolo col trarne i capi all'innanzi e spingendo su di essi indietro i tessuti, si prova se esso sia così ben collocato da esercitare efficace azione contentiva sul corpo perineale dietro all'osculo; e se

così provando si riconosca di averlo passato troppo poco profondo, val meglio ritirarlo e ripassarlo quanto è d' uopo profondamente.

Fatta questa prova, si compie la sutura con catgut a punti staccati. Giova ad agevolare la sutura della vulva accostare i lembi spingendo d'ambo i lati indietro e indentro i tessuti sui capi tesi del filo metallico, e fissarli in questa repulsione con due pinzette che fan pressa sui capi stessi. Finita la sutura si attorciglia il doppio filo metallico ben teso al davanti della sutura cutanea.

Il punto metallico non si toglie che al quindicesimo giorno circa.

La defecazione poi è della massima importanza: ottenute ripetute scariche due giorni prima dell'operazione e costipazione (con oppio e bismuto) il giorno che la precede, per non aver deiezioni diarroiche durante l'operazione, dopo questa è meglio non favorire come usano taluni la costipazione, ma quotidianamente per circa 30 giorni promuovere una o due scariche sciolte, somministrando ogni mattina qualche ecoprotico, e unendovi se occorre l'uso dei clisteri.

È duopo ancora usare la massima delicatezza nel divaricare le labbra per le ordinarie cure di nettezza e per togliere i punti. I punti del vestibolo e della commessura posteriore si tolgano solo al 7.°-8.° giorno; e se la ferita si facesse quivi beante, il meglio è darvi punto di argento poco profondo che non esulcerando può lasciarsi per molto tempo. I punti della parte più alta della colporafia si abbandonano alla spontanea caduta; e per questo è bene dargli con catgut. Per impedire che la donna faccia guasti divaricando le coscie, è bene tener queste insieme legate con pannolino subito sopra il ginocchio, per una ventina di giorni.

Ma non è solo il manco di sostegno per la mancanza o pel difetto del corpo perineale che favorisce il rinnovarsi del cistocele; come concausa agisce certo la *retroversione uterina.*

È ammesso generalmente che il cistocele accompagni spesso la retroversione perciò che, avvicinandosi il collo all'osculo, si mettano in rilasciamento le pareti vaginali, e l'anteriore, che già normalmente si affaccia all' osculo, facilmente sia spinto a varcarlo in forma di cistocele. Il prof. Fabbri crede che oltre a questo rilasciamento della vagina che agirebbe come causa predisponente, debba considerarsi come causa efficiente la pressione intraddominale che agisce liberamente sulla vescica vuota o semi vuota *quando pel fatto della retroversione manca alla vescica la naturale difesa che molto probabilmente è costituita dal corpo uterino antiverso e dai legamenti larghi e rotondi.* A bella posta dissi vuota o semivuota, perchè quando la vescica è piena trova nel suo innalzamento, nella tensione di tutte le sue pareti, nella tensione di tutti i suoi legamenti, la propria difesa contro a pressione intra-addominale, mentre più non gliela presta l'utero che si trova in patologica retroversione o che dalla vescica piena sia stato spinto a normale retroversione.

Che se ciò non ostante non tutte le retroversioni sono congiunte a cistocele, questo dipende forse dal sufficiente sostegno, e più che altro dalla resistenza e tonicità e rettrattilità della vagina nella donna giovane, onde si induce nella parete anteriore quell'accorciamento che notasi sovente nei casi di retroversione e che viene rapidamente scemando quando un buon pessario mantiene l'utero in normale antiversione.

Se invece, come accade nelle vecchie, la vagina siasi assottigliata e perciò sia divenuta eccessivamente cedevole, si stabilisce colla atrofia e retroversione uterina senile il cistocele senile, ancorchè la vulva e l'osculo di nullipara sieno angusti sì da sembrare dovessero prestare efficacissimo appoggio alla vagina, massime in questa età poco dedita alle fatiche. Anche al presente il prof. Fabbri ha in cura una vecchia maritata ma sterile con utero senile retroverso, nella quale la stazione eretta fa sporgere ben presto cistocele cui la giacitura supina fa subito retrocedere, il chè avvenuto, se si invita la donna a premere forte, esce il cistocele sferoide del diametro di cent. 4 $^1/_2$, ma al cessare della pressione il cistocele è completamente respinto dalla vulva e dall'osculo di nullipara che si retraggono, e dal corpo perineale ben osservato; ond'è che chiaro apparisce essere normale l'apparecchio di sostegno il quale è superato e vinto solo dalla pressione addominale che *troppo liberamente* agisce sopra *cedevolissimo* setto vescico-vaginale. E questi due fattori produrrebbero forse nella maggior parte delle vecchie gravi prolassi consecutivi a cistocele, se provvidamente non si opponesse il catarro senile che colle ulcerazioni e successive retrazioni ed aderenze impedisce l'inversione del fondo vaginale e avvia tutto il canale generativo a quella obliterazione che nelle decrepite ricorda gli embrionali cordoni di Müller.

Da queste considerazioni etiologiche logicamente ne deriva il cistocele dovere essere molto proclive a riprodursi se non gli si opponga un sostegno validissimo.

Recentemente il prof. Ruggi ha escogitato ed eseguito un metodo (1) contro i prolassi, che tende a rinforzare i naturali attacchi dei genitali e specialmente quelli dati dal parametrio; metodo che, come dice il Ruggi, è ancora nel periodo di prova e di svolgimento.

Quanto al cistocele il prof. Ruggi crede si debba vincerlo attaccando la vescica nella sua parete posteriore e superiore per ricostituire le aderenze della vescica alla parete anteriore pelvica e addominale. E ciò egli cerca di ottenere col distaccare la vescica dal collo uterino e dal peritoneo fin molto in alto col respingerla così denudata in alto ed in avanti al disotto del gran lembo di peritoneo che egli distaccò, e col *fissare poi questo lembo, accorciato per arrotolamento, alla parte inferiore dell' utero.*

---

(1) Bullett. della Soc. Med.-Chir. di Bologna, Giugno 1894.

Il prof. Fabbri crede possa essere efficace, benchè forse eccessivo, il metodo del Ruggi per ciò che si riferisce ai parametri laterali, ma non lo approva in altre sue parti e specialmente in ciò che si riferisce al cistocele.

Difatto il cistocele potrà essere aggravato dal distacco dell'alto della vescica, ma essenzialmente consiste nello *sfiancamento del setto vagino-vescicale,* ed è quindi sul *basso fondo* della vescica che è duopo principalmente di agire... Il distaccare poi la vescica stabilmente alla faccia anteriore del collo e il trarre la sacca peritoneale anteriore ed aderire all'estremo inferiore dell'utero, cioè presso il fornice anteriore della vagina è cosa che a suo avviso può non essere indifferente alla statica addominale, spianando la via all'enterocele vaginale anteriore.

Solo in un caso può essere necessario il distacco parziale della vescica dal collo uterino e la repulsione di lei in alto e in avanti, quando cioè al prolasso si associ l'ipertrofia della porzione sopravaginale del collo che rese anche esorbitante la lunghezza della parete vescicale posteriore. L'operatore che creda necessaria l'amputazione sopravaginale del collo, escisa per eseguire la colporafia una porzione della parete vaginale anteriore fino al collo, distacca la parete posteriore dalla vescica dalla parte del collo che deve essere amputata; e fatta questa amputazione, nel compiere la sutura della colporafia respingerà in alto ed in avanti, cioè a dire introfletterà la parte staccata della parete vescicale posteriore e porzione della attigua parete vescicale inferiore, e renderà stabile questa introflessione riconducendo la parete vaginale anteriore ad aderire al moncone. Con questo procedimento però non si toglie ma si riduce a giusta estensione l'aderenza della vescica al collo, aderenza che deve considerarsi *un rinforzo efficace della barriera inferiore della cavità addominale, e forse un fattore di normale antiversione.*

Questo procedimento di amputazione, come è noto, riesce assai semplice quando l'ipertrofia del collo occupa la porzione media di Schroeder, perchè allora posteriormente è tutta intravaginale, e si può amputare buon tratto del collo senza aprire il fornice posteriore. Quando invece l'ipertrofia occupa la porzione superiore del collo è d'uopo aprire il fornice posteriore; ma crede il disserente che in genere non sia necessario aprire l'insaccatura del Douglas perchè si può in genere per buon tratto staccare dal collo il peritoneo che abbastanza lassamente vi aderisce, e combinare a questo distacco eseguito fin dove è possibile la amputazione a cono per portare più in alto la demolizione.

Del resto il prof. Fabbri non crede frequente il caso di amputare il collo nella sua porzione superiore al muso di tinca perchè quando si riesca a mantenere l'utero ridotto, ben presto cessata la causa che indusse l'ipertrofia, questa diminuisce fino a scomparire. L'amputazione sopravaginale è necessaria quando la lunghezza del collo è tale che la riduzione non si può ottenere che producendo una forzata acuta antiflessione o una retroflessione le quali inducono facilmente soffe-

renze, o quando l'ipertrofia impedisca di mantenere stabilmente per mezzo di un pessario l'utero nella normale antiversione, dopochè le autoplastiche tolsero il prolasso.

L'amputazione poi del solo muso di tinca è indicata o quando sia tanto grosso che non se ne possa sperare la facile involuzione o quando vi si notino degenerazioni adenomatose, molto più se congiunte a fessure che richiedano la trachelorafia, quando per essa amputazione si voglia dare impulso ad involuzione d'utero subinvoluto o finalmente quando la sua eccessiva lunghezza sia causa di retroversione ribelle a cura ortomorfa con pessario.

In tutti i casi di amputazione a lembi, è bene fare il lembo esterno di ogni labbro assai lungo, perchè il moncone sia tutto coperto da esso lembo non da mucosa del canal cervicale. E nel fare la sutura è bene seguire l'uso di coloro che passano il filo cominciando dal lembo interno, tutto nascosto sotto la ferita fin presso al margine del lembo esterno, perchè così stringendo in toto la base del lembo esterno si arresta più facilmente, anzi sicuramente l'emorragia data anche da arteriuzze.

Venendo ora alla colpo-perineorafia in quei prolassi gravi nei quali le pareti sono tutte rovesciate, rammenta che questa totale inversione si ha sempre nel prolasso totale ma talora in prolassi di secondo e perfino in casi di pseudo prolasso, cioè di fuor escita del collo per ipertrofia del suo terzo superiore, di quella parte cioè che è totalmente sopravaginale.

Rammenta che in questi casi in regola generale la parete posteriore è totalmente staccata dal retto e che fra questi due canali si prolunga il cavo peritoneale del Douglas fino all'osculo o si arresta poco prima di questo. Fanno rara eccezione i casi di rettocele nei quali, nel tratto dove questo esiste, il retto non è staccato dalla vagina, ma la segue nel suo spostamento, sicchè il cavo del Douglas si arresta dove comincia il rettocele.

Nei casi nei quali esistendo in esteso rettocele, non v'è distacco della vagina dal retto od è limitato a piccolo tratto superiore, la perineo-colporafia si farà colle norme ordinarie solo avvertendo che, fatta l'ampia cruentazione, prima di fare la sutura della vagina e di ricostituire il corpo perineale, sarà d'uopo con suture perdute a strati introflettere e fissare in profonda piega la parete anteriore del retto, come si disse doversi fare in caso di cistocele nella parete inferiore della vescica.

Ma quando vi è distacco della vagina dal retto il prof. Fabbri (1) crede che il

---

(1) Resoc. della Soc. med. chirurg. di Modena seduta 7 marzo 1890. — Atti del Congresso medico ital. in Siena 1891 Sezione ginecol. (edizione molto scorretta). — Resoconti della Soc. med. chir. di Bologna sed. 25 Giugno 1892.

procedimento chirurgico più razionale sia il suo processo di *repulsione del cavo del Douglas e riattaccamento della vagina al retto* eseguito da lui per la prima volta nel Febbraio del 1890. I metodi ordinari di colporafia non fanno che restringere la vagina, ma non *la riattaccano al retto;* e perciò stesso non ricostituiscono *il corpo perineale, perchè, non si può concepire un vero corpo perineale senza connessione della vagina col retto.*

Mancando queste due cose, immancabilmente ritorna ad iniziarsi l'inversione della vagina e ritorna il prolasso appena il collo uterino ha riallargata la vagina che è pronta sempre allo sfiancamento.

Questo spiega come fallendo i buoni effetti dalla perineorafia, sovente si sia ricorso e si ricorra ad atti operatori che sostituiscono al prolasso altri stati anormali, o privano la donna dell'utero, e tutto ciò senza neppure assicurare la stabile rinnovazione del prolasso.

Fra queste operazioni il prof. Fabbri si limita a rammentare quelle che più sono in voga; la isteropessia addominale, la colporafia mediana, l'isterectomia vaginale.

La *colporafia mediana* di Gerardin, Neugebauer, Lefort, produce conglutinamento delle opposte pareti vaginali, impedisce al tutto o rende difficile e meno efficace il coito; e se avvenga il concepimento, il parto distruggerà l'opera chirurgica. Ond' è che tale operazione anche dai suoi fautori non era ammesso dovesse farsi che nelle donne attempate. Ma il Fabbri crede si debba questa operazione al tutto proscrivere anche per altre ragioni: 1.° innanzi tutto perchè impedisce di correggere efficamente con pessario la retroversione dell' utero che rimane ancora dopo la colporafia e che se l' utero non è senilmente atrofico può essere causa di sofferenze e di danni; 2.° perchè il conglutinamento della vagina impedisce l'esame manuale ed anche oculare dell' utero; mentre considerata la tenuità dei sintomi che appalesano l'esordire del cancro tanto frequente nell'età critica, è desiderabile al più lieve sintomo morboso della sfera genitale l' istituire completo esame per diagnosticare e curare in tempo questa terribile malattia.

Quanto alla *ventrofissazione* che ora è tanto in voga contro il prolasso, se è congiunta a plastiche vaginali, come taluno vorrebbe, e dato che queste fossero riescite a bene, essa non sarebbe diretta che contro la retroversione o flessione che resta a curarsi dopo la cura del prolasso e dovrebbe a tale intento essere d'ordinario surrogata dalle cure più blande contro la retrodeviazione delle quali sarà più avanti parola.

Quanto alla ventrofissazione isolatamente operata, essa, come ogni laparatomia è operazione grave. Nè a renderla meno grave dovrebbe accettarsi il consiglio di farla senza aprire il peritoneo; perchè dalle punture dell'utero può escire sangue in certa copia, come accadde in un caso operato dal prof. Fabbri nel quale l'utero

era fortemente iperemico per prossima anticipante mestruazione. Fu d'uopo in questo caso arrestare il forte gemizio con altri punti. Il che sconsiglia di operare alla cieca.

È noto che la ventrofissazione talvolta fallisce perchè le aderenze si disgiungono; è noto che quando si tratti di donne pluripare a pareti molto floscie, l'utero si abbassa di nuovo seco trascinandole (Fritsch) e che certo rimanendo l'utero là in alto fissato è resa meno facile la fecondazione, e che sonovi casi che indubbiamente dimostrano esserne derivati aborti.

Per questi insuccessi e possibili danni si spiega come nei casi gravi di inversione totale della vagina si legga raccomandata, e si vegga dopo molti inutili tentativi troppo di frequente eseguita l'*isterectomia vaginale.* Questa però non dà risultati abbastanza buoni che quando sia, secondo Fritsch, congiunta alla resezione della parte superiore della vagina, ed i residui di questa siano fissati ai monconi dei legamenti larghi e fortemente vi aderiscano, chè altrimenti la vagina torna ad invertirsi completamente per cistocele ed enterocele vaginale. L'isterectomia è poi sempre operazione grave, anche più grave se congiunta a resezione della vagina, e priva la donna di ciò che fisicamente la costituisce donna.

Invece col processo del Disserente, la *guarigione del prolasso grave è sicura,* sia che l'inversione completa della vagina dipenda da ipertrofia sopravaginale complicante o dipenda da fuori uscita completa della matrice.

Ma non basta colle plastiche vagino-perineali togliere il prolasso.

Già nella sua prima comunicazione alla nostra Società il prof. Fabbri dichiarava che, guarito il prolasso, bisogna « ridurre l'utero dalla retroversione in normale antiversione ed applicare un pessario che in tale posizione lo mantenga e trattenga la parete vaginale anteriore che tenda a riprolassarsi in forma di cistocele. »

La riduzione però talora non si potrà fare, raramente non sarà necessaria.

Non si potrà eseguire o non sarà stabile quando l'utero sia senilmente atrofico e floscio. Non sarà necessaria nel caso di utero totalmente prolassato ma antiverso entro il prolasso.

Il prof. Fabbri ritiene che quest'ultimo raro fatto dipenda da ciò che i legamenti rotondi siano forniti di straordinaria resistenza sicchè l'utero spinto o tratto a prolassarsi sia costretto a rimanere anteposto. In questa posizione esso discende parallelo incirca alla parete anteriore, finchè il fondo giunto nel campo dell'angolo del pube è dalla pressione intraddominale spinta a varcarlo capitombolando in antiflessione. In un caso occorso al Fabbri e da lui felicemente trattato poi col suo metodo, era facile seguire questo meccanismo del prolasso tutte le volte che, ridotto questo, s'invitava la donna a premere; ed i legamenti rotondi si sentivano in forma di due cordoni tesi che dai lati del fondo si dirigevano alla parete addominale anteriore.

In questo caso la vescica era tutta staccata dalla parete anteriore pelvica ed addominale e formava come un arco che circondava la faccia anteriore, il fondo e parte della faccia posteriore dell'utero, mentre in altri casi di prolasso totale con retroversione trovò che la vescica più o meno completamente conservava quei suoi naturali attacchi. Se questa diversità fosse di regola, se ne dovrebbe inferire che quando vi è retroversione crescente col crescere del prolasso, la tensione della parete vescicale postero-superiore e della lamina peritoneale ad essa aderente ha per effetto di diminuire sempre più l'altezza della normale aderenza vescico-uterina, di distaccare cioè la vescica dall' utero piuttostochè dagli attacchi suoi antero-superiori; mentre quando l'utero si prolassa rimanendo anteposto, quella tensione vescico-peritoneale ha per effetto di rendere più alta, più estesa l'aderenza della vescica all'utero, onde riuscirebbe più agevole ad essa tensione lo staccare la vescica pian piano dalla parete addominale e dal pube, piuttostochè in blocco dall' utero.

Benchè però in questi casi di prolasso con antiflessione l' utero tolto colla plastica vaginale dallo stato di prolasso, tenda a rimanere antiverso, forse sarà sempre cosa prudente l' applicare per breve tempo il pessario perchè sia assicurata la normale antiversione finchè i legamenti rotondi non abbiano riacquistata la loro normale cortezza, e riacquistino qualche tonicità i legamenti larghi e, ciò che più monta, i sacro-uterini.

Quando il pessario non è sufficiente a mantenere l'utero in antiversione, per alcuna delle cause che impediscono al pessario di agire efficacemente sul collo, o perchè l'utero che fu a lungo retroflesso tende sempre a retroflettersi sul pessario, si ricorrerà agli altri mezzi che la ginecologia ci offre e specialmente al pessario intrauterino od all'operazione di Alexander colle recenti modificazioni che la resero di esecuzione e di effetto più sicuri, non esagerando però nell' accorciamento dei legamenti rotondi, per tema che possa questo divenire causa di aborti per patologica antiversione di utero gravido come è già accaduto.

Il prof. Fabbri presenta una sua operata nella quale per prolasso dell' utero non totale, ma *congiunto ad inversione* di tutta la vagina, eseguiva sette mesi or sono il suo processo di colporafia. La donna porta il pessario contro la retroversione residua, ed in nulla si distingue da donna che fosse in cura per semplice retroversione. Il prof. Fabbri fa notare che in questo caso non trovò necessaria la colporafia anteriore, sebbene vi fosse inversione di tutta la parete anteriore della vagina. Insiste perchè si distingua il *semplice prolasso del setto vagino-vescicale,* che esisteva in questo caso, dallo sfiancamento di esso setto, che costituirebbe il *vero cistocele.* Il prof. Fabbri ha per questo e per altri casi ragione di essere soddisfatto del suo processo: tuttavia, edotto da un caso nel quale, dopo operazione eseguita col suo processo, avendo la donna abbandonato il pessario, avendo l'utero in retroversione e dandosi a fatiche gravi, mostrava di nuovo incipiente prolasso

e inversione vaginale, dichiara di essersi proposto di rendere più efficace l'operazione non contentandosi di distaccare l'insaccatura peritoneale retto-vaginale e di cucirla arrotolata in alto, ma resecando la insaccatura distaccata come si fa del sacco erniario nella cura radicale del Bassini. — Dice di avere in clinica una donna affetta da enterocele posteriore nella quale si sarebbe già eseguita fino dai primi di Novembre questa operazione se non fosse il caso complicato da fistole vagino-rettali, che occorreva prima guarire.

Ammessa anche questa modificazione il metodo seguito dal professor Fabbri dovrebbe chiamarsi: *riaccorciamento della sacca del Douglas (o per repulsione o per resezione) e riattaccamento della vagina al retto.*

Da ultimo il prof. Fabbri considerando la necessità o la utilità che spesso ha la donna anche dopo subite operazioni di plastica vaginale, di portare il pessario, o contro la retroversione o per rinforzare il sostegno della parete vaginale anteriore; e fondandosi sull'efficacia di qualche modificazione da lui indotta nei pessari, confessa che ora è sempre più lontano dall'idea che ogni prolasso indichi una cruenta operazione. Perciò prima di consigliare le autoplastiche tenta sempre la cura col pessario, ed assicura che riuscì talora a contenere perfettamente prolassi anche gravi, cioè congiunti ad inversione totale della vagina con pessari che erano perfettamente tollerati.

Rimangono però sempre casi che debbonsi operare o perchè il pessario non è tollerato da vagina delicatissima, o perchè non è sostenuto per larga fessura perineo-vulvare, o perchè esteso rettocele costituisce della parete vaginale posteriore un piano mobile sul quale il pessario si abbassa ed esce come una trave sui cilindri rotanti. È pure immancabilmente respinto il pessario quando la parete vaginale posteriore è molto corta (per lo più per atrofia senile) cosicchè al più piccolo sforzo il becco posteriore è portato alla vulva ed esce per primo. Nelle vecchie appunto, vuoi per questa ragione, vuoi per la facilità ad esulcerarsi della vagina, spesso i pessari non possono usarsi ed il mezzo migliore è una perineo-colpo-episiorafia che, lasciando piccolo pertugio in alto, sostiene il prolasso come farebbe un soffice cuscinetto che fosse continuamente premuto contro la vulva. Sarà pure doveroso l'operare le plastiche quando si prevegga che la condizione sociale o morale della donna renderà impossibili o difficili quelle cure di nettezza che sono indispensabili alla donna che porta un pessario.

Il prof. Roncaglia, chiesta la parola dichiara di essere perfettamente d'accordo colle idee esposte dal suo maestro prof. Fabbri e sopratutto di riconoscere l'importanza del processo da lui proposto ed eseguito. Quanto alla nuova proposta di resecare la sacca peritoneale retto-vaginale, è lieto di poter dire che, senza conoscere questo proposito del prof. Fabbri, mentre assisteva il Nasi in un'autoplastica

contro enterocele vaginale posteriore, fece all'amico operante la proposta di resecare la sacca peritoneale che aveva distaccata, appunto a somiglianza di quanto propone il Bassini per l'ernia; il che fu cortesemente eseguito dal Nasi. Assicura poi di avere attuata questa stessa modificazione in qualche caso in cui, contro prolasso con inversione della vagina, eseguiva il processo del prof. Fabbri.

Il prof. Fabbri ringrazia il Roncaglia delle cortesi parole ed attende ulteriori notizie dei casi operati in tal guisa dal Roncaglia.

Il prof. Nasi conferma quanto disse il socio Roncaglia, ma è dispiacente di dover dire che passati alcuni mesi la donna mostra recidiva dell'enterocele senza fallo per sfiancamento della cicatrice peritoneale.

Contributo allo studio delle raccolte tubariche nello stato puerperale

Comunicazione fatta all'Associazione Medica Lombarda nella Seduta del 15 Maggio 1895

dal

Dott. F. VILLA.

Lo studio delle infiammazioni periuterine nei loro rapporti colla gravidanza e col parto non è stato fatto dagli autori classici, certamente in causa dell'insufficienza del materiale. Oggi, grazie alla maggiore sicurezza del diagnostico ed alla frequenza degli interventi i casi sono aumentati, ed almeno uno schizzo di questo interessante capitolo della patologia è stato tratteggiato.

Prescindendo dalle influenze che ponno essere esercitate dalle aderenze dell'utero e degli annessi uterini, fra di loro o coll'epiploon o coll'intestino e che si esplicano principalmente col provocare aborti, inceppare la potenza del muscolo uterino in travaglio, causare emorragie ecc., flemmoni dei legamenti larghi, salpingo ovariti, ovariti, pelviperitoniti e peritoniti diffuse, possono complicare la gravidanza, il parto ed il puerperio ritraendo la loro origine da processi periuterini preesistenti od anche preesistiti, nel senso che vi erano reliquati dai quali ebbero improvvisa insorgenza fatti acuti, spesso gravissimi e frequentemente letali.

In alcuni casi pare che la gravidanza sia per sè stessa la causa immediata della complicazione, la vicinanza dell'utero gravido farebbe divampare l'incendio da faci pressochè spente, chè il medesimo afflusso di sangue che si effettua verso la matrice, influirebbe sulla parte malata, ed inoltre non sarebbe da trascurarsi la vulnerabilità creata dallo stato puerperale.

Ma di maggior momento sono le influenze meccaniche. Le raccolte chiuse nel legamento largo, isolate da una buccia ispessita, completamente chiusa, subiscono in modo poco diretto e quindi meno dannoso l'effetto della distensione e dello spostamento dell'utero gravido, e quelle situate dietro l'utero sottostanno ad un'influenza meno perniciosa di quelle fissate ai lati dell'utero e legate da aderenze, da una parte alla matrice e dall'altra alla parete pelvica. Il pericolo è dunque massimo quando esistono collezioni tubariche o tubo-ovariche, ed il meccanismo col quale il liquido può uscire dalla sacca e contaminare il peritonio è doppio, e ciò può prodursi la lacerazione della parete cistica oppure la compressione esercitata dall'utero può aumentare la pressione del contenuto e determinarne l'uscita attraverso l'ostio addominale della tromba. Inoltre le infiammazioni periuterine in gravidanza ponno in taluni casi rari riconoscere un'origine tutt'affatto particolare, vale a dire che quelle raccolte tubariche le quali si evacuano nella cavità uterina ad intervalli più o meno regolari trovando chiusa la strada, dall'uovo che si sviluppa, crescono ed il liquido che dovrebbe colare si accumula creando un eccesso di tensione pericoloso sotto certe eventualità.

Il Blanc, al quale devesi il massimo contributo allo studio delle affezioni infiammatorie periuterine nel periodo puerperale, dice che casi consimili sono rari, ma più rara certamente è l'eventualità della continuata eliminazione della raccolta anche a gestazione inoltrata, osservato dal Grassi, il quale, anni or sono, pubblicava appunto un caso interessantissimo di idrosalpinge profluens, a ripetizione in gravidanza, cagionante una vera idrorrea.

A me occorse invece di studiare il fatto d'una collezione tubarica che durante la gravidanza non arrecò disturbo alcuno e che subito dopo il parto cagionò molestie notevoli finchè avvenne l'evacuazione spontanea dell'utero.

* * *

Verso la metà del mese d'Agosto dello scorso anno fui chiamato dalla levatrice Adele Buccelli a visitare certa signora M. B. di Nuova-Yorck, abitante in Milano C. Vittorio Emanuele N. 29, la quale, gravida nel 9.° mese, voleva consultare un ostetrico relativamente al prossimo parto. L'anamnesi mi offrì qualche cosa d'interessantissimo. Ad una prima gravidanza condotta felicemente a termine e coronata da parto felice e da puerperio regolare, ne era ben tosto seguita una seconda la quale nel settimo mese era stata turbata ed interrotta da accidenti gravissimi. Senza causa alcuna imputabile, la signora M. B. era stata colta da un violento attacco di peritonite. S'era presentato un dolore acutissimo nel quadrante inferiore sinistro, al quale s'erano rapidamente associati sintomi tumultuarii e minacciosi, onde le condizioni resesi in pochi giorni gravissime avevano indotto il curante e la famiglia a consultare il prof. Polk. Questi aveva fatto prognosi riservatissima, e pare diagnosticando o sospettando una gestazione ectopica, proposto l'intervento laparotomico.

Due giorni dopo il consulto si effettuò spontaneamente il parto, con emorragia imponente che rese ancora più serio lo stato della malata, ma in breve i sintomi addominali cedettero e 30 giorni dopo l'interruzione della gravidanza la puerpera lasciava il letto. Ciò nel mese di Marzo 1892.

Il curante raccomandò vivamente di guardarsi di altre gestazioni ed insistette perchè data tale eventualità fosse chiamato un ostetrico, al momento del parto, che indubbiamente sarebbe stato accompagnato da emorragia grave nel periodo del secondamento.

La gravidanza in corso era stata felicissima e quei disturbi, per altro leggeri, quelle sensazioni di stiramento che dall'epoca della peritonite, si facevano tratto tratto sentire, erano del tutto scomparsi. Trovai un soggetto sano, sufficentemente ben nutrito e per riguardo al campo genitale rimarcai una modica inclinazione laterale sinistra dell'utero, regolarmente sviluppato e riscontrai via genitale ben conformata, e presentazione di vertice. L'esame sebbene prolungato non produsse molestia alcuna.

Incoraggiai la cliente, assicurandola che nulla v'era a temere, ad attendere serenamente il parto che non poteva ritardare se non d'un paio di settimane, ma nello stesso tempo lasciai prescrizione di tutto quanto poteva occorrere per far fronte all'emorragia pronosticata come inevitabile dal collega d'oltremare.

Il giorno 31 alle 7 del mattino il marito venne a chiamarmi essendo i dolori insorti da circa 4 ore. Mi recai tosto dalla partoriente che trovai nel bagno dove la levatrice l'aveva posta in causa della spasmodia delle contrazioni. Alle 8 praticai il riscontro vaginale; la presentazione di vertice trovavasi alla parte alta dello scavo, l'orificio uterino ancora spesso ma cedevole era dilatato di circa 5 cent. ed il sacco era integro. Punsi le membrane e rimasi qualche po' presso la signora assai inquieta e sofferente. Osservai allora che le contrazioni ricorrevano regolari, ma che erano dolorosissime e che il dolore risiedeva più specialmente a sinistra, ove per altro la palpazione più accurata di tutto il margine uterino, nulla mi diede di speciale.

Alle 10 eravi dilatabilità completa, testa alla parte media dello scavo in O. I. D. A., e le contrazioni erano sempre dolorosissime precipuamente per gli stiramenti al lato sinistro per cui, riferendomi all'anamnesi e sospettando probabili aderenze ed escludendo la semplice spasmodia, mi persuasi essere indicato il mettere fine a tale stato di cose. Applicai il forcipe, estraendo facilmente un feto di sviluppo superiore alla media, perfettamente sano. Pochi minuti dopo in seguito a qualche contrazione uterina, inizia emorragia che rapidamente cresce e si fa grave, onde esperite inutilmente la spremitura e la trazione sul cordone, pratico il secondamento artificiale. Ma l'utero si mantiene floscio quanto mai, la perdita sanguigna non cessa e già si presenta qualche fenomeno d'anemia acuta, onde non potendo praticare il tamponamento uterino, chè la garza jodoformica non era stata acquistata, riintroduco la destra in vagina e colla sinistra all'ipogastrio tengo compresso l'utero fra le mie mani per parecchi minuti mentre intanto si praticano iniezioni di ergotina e di caffeina.

Dopo una mezz'ora di maneggi, l'utero alla fine si ridusse globoso, contratto a palla, lateralizzato manifestamente a destra ma col suo asse parallelo all'asse verticale del corpo. Durante le manovre fatte m'accorsi dell'esistenza d'una tumefazione oblunga, di forma non ben definibile, del volume complessivo di un arancio di consistenza elastica, limitatamente mobile, ed assai elevata al disopra del fornice

sinistro. I fenomeni d'anemia acuta furono transitori ed un lungo sonno benefico sembrava dovesse venire a ristorare la puerpera, quando invece subentrarono morsi uterini vieppiù frequenti ed intensi, dolorosi quasi al pari delle contrazioni del travaglio. Amministrai ripetute dosi di laudano e d'antipirina senza notevole vantaggio ed a sera tardi dovetti ricorrere alla morfina, per iniezione ipodermica.

La notte fu buona per qualche ora, ma poi i morsi si ripresentarono e continuarono più o meno vivi per tutta la giornata sebbene si insistessero nell'amministrazione del laudano, della antipirina, e della morfina. La seconda notte fu discreta, ma al mattino di bel nuovo si avevano dolori piuttosto intensi: l'utero si contraeva forte, si erigeva e contemporaneamente la tumescenza rilevata a sinistra sembrava si rendesse più tesa, mentre il dolore era ivi più acuto e da lì irradiavasi alla cresta iliaca ed alla radice della coscia. L'utero lo trovai perfettamente vuoto: vi era apiressia. Il diagnostico di raccolta tubarica e rispettivamente di colica tubarica si imponeva e meco stesso ventilava il da farsi per evacuare o per coadiuvare l'evacuazione della raccolta, qualora la colica non avesse a finire presto, quando nel mattino della terza giornata un'ora dopo che era stata fatta la toilette esterna, la puerpera avvertì ad un tratto lo scolo di liquido dai genitali. Infatti la falda di cotone collocata sul pudendo apparve inzuppata di liquido pressochè incoloro che continuava a sgocciolare dalla rima vulvare. Avvisato, accorsi tosto e potei riscontrare anch'io tale perdita la di cui apparizione aveva messo istantaneamente fine ai dolori mentre la tumescenza tubarica appariva alla palpazione, combinata quale un impastamento indeterminabile.

Il puerperio fu di poi regolarissimo, le forze furono acquistate rapidamente, le mestruazioni succedettero regolari e senza molestie e non vi fu più alcun disturbo o perdita leucorroica o sierosa, fino al Marzo del corrente anno in cui rividi per l'ultima volta la mia cliente.

* * *

Si trattò quindi di un'idrosalpinge formatasi od almeno accresciutasi durante la gravidanza senza dare alcun segno di sua esistenza ed evacuatasi dopo il parto sotto un attacco prolungato di colica tubarica.

L'antecedenza morbosa del gravissimo attacco di peritonite basta da sola a spiegare la formazione della raccolta salpinga, ma parmi naturale che possa stare anche l'altra ipotesi che detta collezione sia imputabile alla gravidanza, chè i lunghi mesi senza molestie trascorsi dalla malattia, ben possono deporre per la mancata presenza dell'idrosalpinge, tanto più che questa si fece sentire non appena che il fondo uterino si avvicinò all'altezza alla quale sta normalmente, mentre che si fosse esistita prima non sarebbero certi mancati disturbi, quando cupula uterina ed inserzioni ovarica e tubarica presero a salire in alto.

Il Blanc (1) accenna al raro meccanismo di produzione di gravi accidenti

---

(1) E. Blanc. « Inflammations périuterines dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. » *Repertoire Universel d'obstétrique et ginécologie*, 1892, N. 2.

imputabili all' impedita evacuazione abituale di raccolte tubariche nell' utero in causa della presenza dell' uovo, ma non fa parola dell' inversa e non porta alcun caso consimile a quello da me accolto col quale invece ha somiglianza l' osservazione del Grassi (1).

In questa come accennai s' ebbe idrorrea in due gravidanze susseguitesi a breve distanza e nel secondo puerperio l'ostacolata eliminazione del liquido diede luogo a fenomeni gravi, mentre nella mia cliente la raccolta della tromba diede segno di sua presenza solo dopo il parto.

La modalità colla quale ciò avvenne parmi perfettamente paragonabile ad uno dei meccanismi pei quali gli ematosalpingi complicanti l'ematometra possono riuscire fatali, in conseguenza dell'atto operatorio. Per l'abbassarsi del fondo uterino l' ovidotto subisce degli stiracchiamenti in vario senso e perchè fissato in alto e perchè impossibilitato a rendere meno contorto il suo decorso, ed allora o per strappo diretto o per aumento di pressione del suo contenuto derivante dall'essere il capiente obbligato ad assumere una forma che ne impicciolisce la capacità, si presentano coliche o senz' altro avviene la rottura della parete.

Nel caso in questione è perfettamente ammissibile l'esistenza di aderenze fissanti la tromba in alto, perchè l'attacco peritonitico era occorso al settimo mese, quando cioè il fondo uterino e la tuba erano collocati superiormente alla ubicazione normale, ed il fatto che subito dopo l'abbassarsi del fondo dell'utero insorse la colica, conferma pienamente, che il cambiamento di posizione e di forma della cisti avevano *ipso factum* accresciuta la pressione alla quale sottostava il liquido endosalpingeo fino a pochissimo tempo prima perfettamente tollerato, e cagionata la colica.

---

(1) E. Grassi. « Sull'eziologia dell' idrorrea gravidica. » *Annali di ostetricia,* 1890, p. 451.

BIBLIOGRAFIA

RICHELOT. — **L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses.** — Paris, 1894, Octave Doin, Editeur.

L'isterectomia vaginale contro il carcinoma. — Il volume incomincia con un richiamo alla discussione avvenuta sull'argomento in grembo alla società di chirurgia nel mese di Ottobre del 1888. Quivi è ricordato il primo sorgere di questa operazione (Pean, Demons, 1882) ed i primi fatti incerti, allorquando le indicazioni erano mal definite, lo strumentario difettoso, e quando solo il cancro sembrava giustificare un intervento così grave. Verneuil nell' Ottobre 1888 si eresse contro tale operazione, levando alle stelle l'amputazione sopra vaginale, che in sue mani aveva dato ottimi risultati anche come esiti remoti, se non che la propria statistica si basava sopra operazioni praticate molti anni prima, quando cioè la istologia non aveva ancora potuto confermare colla certezza odierna la diagnosi clinicamente istituita. Fu Bouilly il quale rispose difendendo la isterectomia, che come operazione completa doveva convenire anche nel cancro uterino, come per tutti i cancri in generale e dimostrò come i risultati fossero migliorati a misura che l'operatore si addestrava in tale cimento. Lo stesso Richelot con due note espose il proprio avviso, che la estirpazione totale doveva far sperare in un numero maggiore di guarigioni definitive, o quanto meno volendo attenersi alla demolizione parziale, questa doveva portarsi al più alto grado possibile, sempre coll'obbiettivo di evitare una recidiva. Molti sorsero contro a queste opinioni, ognuno portando delle lugubri statistiche, di guisa che Verneuil ponendo fine alla discussione con un discorso magistrale arrivò persino a dire *che tale operazione abbreviava considerevolmente la vita per la rapidità della recidiva.* L'A. esamina le cause di insuccesso di questa operazione, che ora è accettata anche da coloro i quali l'avevano aspramente avversata. Indi passa a considerare le cause di insuccesso in alcuni suoi primi casi non che i risultati remoti, i quali chiama relativamente fortunati quando si pensi che debbono essere riferiti ad un periodo in cui eravi ancora incertezza sulle indicazioni.

Nuovi studi. — L'amputazione parziale e la isterectomia. — In questo capitolo l'A. parla dei risultati ottenuti dall'amputazione sopra vaginale del collo, risultati riguardati dal punto di vista della recidiva, e dal punto di vista della so-

pravvivenza delle malate. In generale si mostra poco partigiano dell'amputazione sopra vaginale del collo, e cita alcune osservazioni sfavorevoli. Cita poi due casi di epitelioma limitato delle labbra del collo uterino, che operò coll'ablazione totale, in cui traccie di invasione del tessuto morboso invadevano e sorpassavano la parte più elevata dell'istmo e penetravano un poco nella cavità del corpo, per cui se in quei casi si fosse attenuto alla demolizione parziale, la recidiva non si sarebbe certamente fatta aspettare. L'A. opera l'isterectomia anche nei casi in cui il morbo è limitato.

Analisi di 44 osservazioni. — Vi figurano tre casi di morte; uno che lo stesso autore non sa giustificare, per la mancanza assoluta di cause apprezzabili, uno in cui la causa fu una congestione polmonare in sesta giornata, l'ultimo infine in cui la morte sopraggiunse in nona giornata per esaurimento della paziente deteriorata nelle condizioni generali dalle diuturne emorragie. Tutte e tre, conclude l'A., erano in condizioni cattive. — *Accidenti operatorii:* Fra questi gli occorse una volta la lesione della vescica. Avendo poscia perduta la paziente in seguito a peritonite consecutiva ad operazione intesa a riparare l'abnorme apertura, esprime il proprio avviso doversi lasciare a sè la piaga vaginale, allo scopo che colmandosi a poco a poco, la cicatrice possa ispessirsi e consolidarsi; salvo intervenire poi su di una breccia già spontaneamente ridotta al suo minimo. In un altro caso volendo riparare ad una piccola lesione vescicale, comprese nella sutura un'ansa del tenue che si rese fistoloso, inconveniente cui potè rimediare con idoneo procedimento, la malata guarì. Osservò anche una lesione del retto, riparata con suture al catgut. — *Recidive:* Queste propriamente dette furono 10. — *Guarigioni:* L'A. premette di non dare un valore assoluto a tale parola, tuttavia l'analisi dei casi fortunati *fino al presente* è assai istruttiva e parla in favore dell'intervento.

L'isterectomia vaginale nelle affezioni non cancerose. — Nel primo capitolo si ferma ad esaminare i primi fatti osservati, e ricorda alcuni casi di isterectomie vaginali eseguite per fibromi, per prolasso, per retroversione, per nevralgie pelviche ribelli, prima della discussione del 1888. Coll'anno 1891 l'isterectomia entra in una nuova fase, ed è eretta come metodo generale contro le lesioni infiammatorie degli annessi, da Segond, il quale volle sostituire la castrazione uterina alla laparotomia tutte le volte che si fosse riscontrata una lesione bilaterale. L'A. dapprima non era del tutto fautore di una simile condotta, ma poi venne per propria esperienza a concedere una grande superiorità di risultato alla isterectomia vaginale nei casi di estese suppurazioni, in cui le trombe sono vincolate da fitte e numerose aderenze e quando dopo l'ablazione degli annessi per via laparotomica, permangono nell'utero ancora malato, altri disturbi come le perdite e i dolori contro i quali il raschiamento spesse volte si mostra insufficiente. S'attenne regolarmente al partito della isterectomia vaginale nei casi di lesioni infiammatorie della cavità pelvica,

quando la loro gravezza fosse tale da giustificare una operazione radicale e tutte le volte che particolari motivi non avessero militato in favore della laparotomia. Quivi comincia il lavoro di analisi di 230 osservazioni così ripartite:

		Guarite	Morte
61	suppurazioni pelviche (1 ematosalpinge, 1 cisti dermoide, 1 salpingite tubercolare)	56	5
5	ematosalpingi non suppurati (3 ematoceli pelvici) .	4	1
42	salpingo ovariti parenchimatose (3 errori diagnostici, 1 tumore maligno, 1 cisti dermoide, 1 cisti sierosa uniloculare)	40	2
21	retroversioni complicate	21	—
16	piccole lesioni	16	—
17	nevralgie pelviche	15	2
20	isterectomie vaginali secondarie a castraz. ovarica .	20	—
43	fibromi uterini	42	1
5	prolassi (2 complicati)	5	—
230		219	11
		230	

Da questa tavola emerge una mortalità del 4.78 0[0. Comprendendovi anche la statistica dei metrocarcinomi, questa si eleverebbe al 5.10 0[0; mortalità che viene a parlare in favore della isterectomia, qualora si consideri che essa scaturisce da una serie di casi gravissimi, davanti ai quali l'A. dice di non aver mai indietreggiato. Venendo poscia ad esaminare partitamente le particolarità inerenti a'suoi casi, incomincia considerando *i casi di morte nelle suppurazioni pelviche,* esponendo dettagliatamente le osservazioni, indi gli *accidenti operatorii,* fra cui annovera 2 lesioni del retto e 2 della vescica, a cui pose rimedio, non che a qualche caso di emorragia mediocre ma tardiva, 4-5 giorni dopo levate le pinze. — *Guarigioni:* A questo riguardo nota come non tutte le pazienti sarebbero state salvate coll'intervento laparotomico in grazia delle fitte ed *intricate* aderenze intestinali, e per ciò viene enumerando dettagliatamente alcuni casi, in alcuni dei quali la guarigione potè essere ottenuta anche senza aver ricorso alla ablazione completa degli annessi. Spesse volte all'A. capitò questo fatto, che coll'ablazione dell'utero riuscì ad avere una cavità al posto della matrice, rappresentata da un velo di aderenze comunicante colle tasche purulenti svuotate del loro contenuto, e talora questa cavità non presentò la benchè minima apertura verso il peritoneo, imperocchè le aderenze che vincolavano l'utero vennero a costituire una specie di cupola. Riguardo ai risultati remoti pressochè in tutte le sue operate osservò una guarigione durevole, non osservò mai recidive anche laddove gli fu impossibile l'ablazione totale degli organi malati; le operate conservarono sempre l'appetito sessuale nè si verificò

in conseguenza dell'intervento alcun disturbo nervoso, salvo che in un caso in cui scoppiò una follia isterica post-operatoria, ma su di un terreno già proclive. Ciò non di meno la paziente guariva, come pure guariva quell'altra operata di isterectomia per fibromi, che aveva mostrato la esacerbazione di una forma melanconica già in corso. Interessante è la lettura di un caso (pag. 107 e seg.) in cui dopo la isterectomia che s'era mostrata impotente a guarire la lesione pelvica, l'A. fu obbligato ad intervenire più tardi per via laparotomica. S'intrattiene poscia sulle *ematosalpingi* sempre passando in rassegna le morti, gli accidenti, la morbilità, dando qualche dettaglio sui casi fortunati allo scopo di mostrare il valore dell'intervento; poscia delle *salpingo ovariti parenchimatose, idrosalpingi* e *fibromi*. Accenna ad un caso di fistola uretrale consecutiva, guarita mediante la nefrectomia praticata in seguito ad un errore diagnostico in cui fu presa una cisti dermoide per una salpingite. Dettagliatissime poi ed interessanti sono alcune osservazioni di salpingo ovarite parenchimatose, ove le ovaie erano inglobate in una ganga di aderenze (pag. 123 e seg.), nei quali casi l'A. pur convenendo di aver fatto delle operazioni incomplete, per aver lasciato qualche lembo di tessuto appartenente agli annessi, fa risaltare che l'utero venne sempre levato e le pazienti guarirono. — *Retroversioni complicate:* La complicazione era collegata con fatti di aderenze più o meno estese e con lesioni infiammatorie degli annessi. Praticò pure la ablazione dell'utero retroflesso e mobile, poichè l'indicazione era altresì confortata da altri criterii. — *Piccole lesioni:* Ricorse alla isterectomia in quei casi di lesioni relativamente semplici, ma antiche e ribelli, e che, per comune consenso, sono reputate di difficile per non dire impossibile guarigione. L'A. è propenso a ciò specialmente nelle classi sociali meno abbienti, ove solo l'ablazione del viscere può riuscire spedita conferendo all'operata completa guarigione. — *Nevralgie pelviche:* L'A. ammette che la questione è estremamente delicata, imperocchè il chirurgo il quale propone una operazione per combattere dei dolori *sine materia* si addossa una gravissima responsabilità; ogni mutilazione per essere giustificata è d'uopo sia assolutamente necessaria, e per l'A. è giustificata quando i dolori sono violenti e continui, quando vi abbia uno stato di nervosismo intollerabile, una incapacità completa al lavoro, e quando infine sono esaurite tutte le risorse che la terapeutica insegna. Ammonisce poi come si debba aver riguardo allo stato di nulliparità o di pluriparità allo scopo di apprezzare in quale misura l'ablazione dell'utero può essere considerata come un sacrificio. L'A. poi non piglierebbe di mira che le grandi nevralgie pelviche. Sopra 15 operate ne perdette due, ma l'A. dice che l'operazione era giustificata in quanto che l'esistenza delle pazienti era minacciata, e che l'operazione per quanto semplice può diventare pericolosa pel difetto di resistenza che di solito sogliono offrire quegli organismi compromessi. — *Isterectomie vaginali secondarie:* Furono 20 casi in cui l'utero era rimasto dopo l'ablazione ovarica per via addomi-

nale, il che per l'A. è prova della insufficienza di questo metodo, che rimane così oscurato dai trionfi della isterectomia sua rivale. — *Fibromi uterini:* In questi casi l'A. mostra come l'operazione vesta il carattere di grande benignità, malgrado che talora questa si prolunghi e sia irta di non indifferenti difficoltà, infatti non ebbe che un solo decesso; l'operazione era durata 2 ore, la perdita sanguigna di poco conto, l'emostasi completa; al sopravvenire di alcuni fenomeni di sepsi l'A. tolse i tamponi, praticò una irrigazione vaginale, di lì a poco la paziente soccombeva. Richelot crede di aver precipitato la propria condotta, e che senza di ciò la paziente sarebbe guarita, attribuendo la morte a possibile quantità di sublimato rimasto nell'addome. — *Prolassi:* È una risorsa per le donne attempate, quella della isterectomia, ma non ci garantisce da ulteriori interventi intesi a rimediare con plastiche vaginali la procidenza della vagina. L'A. la praticò 6 volte in 2 delle quali era altresì giustificata dalla presenza di fibromi e da lesioni degli annessi.

Discussione. — Terminata così l'esposizione analitica dei fatti osservati, l'A. ne riassume la sintesi e ne discute il valore. Incomincia con un capitolo consacrato all'abuso delle operazioni, il quale contiene molte verità e sani precetti che dovrebbero essere ben conosciuti da parecchi chirurghi affetti da una vera *prurigo secandi;* nel secondo capitolo si intrattiene sul valore comparato della isterectomia vaginale, combatte l'obbiezione della gravità, tocca della difficoltà della esecuzione, confrontandola con altre operazioni. Molte questioni sono toccate nei capitoli che seguono riguardo alle lesioni infiammatorie ed ai tumori ematici, questioni magistralmente svolte e per le quali viene dimostrato che l'isterectomia è la vera soluzione di uno dei più difficili problemi della chirurgia, e costituisce una vera risorsa terapeutica. Il lettore nei vari capitoli in cui l'A. tratta delle lesioni infiammatorie, delle nevralgie pelviche, dei fibromi e dei prolassi, troverà molte cognizioni interessanti riflettenti l'anatomia patologica, altre non meno utili di patologia generale e speciale chirurgica ed esposte con un linguaggio dal quale bene si scorge come l'A. avendo dinnanzi tutte le particolarità del suo ingente materiale, abbia potuto dare al proprio lavoro una impronta affatto personale e direi quasi caratteristica, non tralasciando per questo di accennare alle opinioni di molti altri autori. Nell'esame critico non sono dimenticate molte particolarità inerenti a questioni subordinate, quali a cagion d'esempio, quella delle lesioni enucleabili, delle indicazioni e controindicazioni, della opportunità della ablazione bilaterale degli annessi, della età della donna, della fecondità perduta e via dicendo. Nel capitolo riservato alle nevralgie pelviche, si leggono interessanti riflessioni sulla isteria, specialmente riguardo ai rapporti che questa tiene coll'artritismo, ma l'A. pensa che buon numero di esse, come molte altre, non sono in legame colla isteria, ed è per ciò che ottengonsi guarigioni durature. Tocca anche delle operazioni a base di suggestione. Rispetto ai fibromi ricorda gli in-

successi della castrazione ovarica, i risultati avuti dalla elettricità, l'isterectomia vaginale è puramente e semplicemente sostituita alla castrazione perchè più benigna e più efficace: riguardo poi alle indicazioni non perde di mira la sede ed il volume del tumore. Anche nel capitolo riservato ai prolassi figura uno sguardo critico e comparativo dei diversi metodi di intervento, l'A. concede alla isterectomia un valore ben limitato. Confessa però che essendo esigua la propria statistica, non può venire a delle conclusioni formali, crede tuttavia l'isterectomia esigere per lo più delle operazioni plastiche complementari.

Manuale operativo. — Oltremodo interessante sotto un altro punto di vista è quest'ultima parte del volume, come quella nella quale sono consegnate delle norme precise a seguire nell'atto operativo di cui è il discorso. L'autore non fa parola di alcun metodo basato sulle legature, limitandosi solo alla forcipressura, che difende dalle critiche che gli furono mosse, specialmente riguardo alla emostasi, riguardo a' pericoli, riguardo a' suoi inconvenienti. Parla dello strumentario, della posizione da darsi alla donna, e poscia viene partitamente a descrivere il tecnicismo operatorio in queste tre diverse specie di casi:

1.° Negli uteri mobili, fra i quali si mettono i cancri limitati, a titolo d'eccezione gli uteri nevralgici, alcune metriti ribelli e alcuni prolassi.

2.° Negli uteri aderenti, comprendendo le grandi lesioni degli annessi, le supurazioni pelviche.

3.° Negli uteri fibromatosi, quando la posizione o il numero dei tumori rende necessario un'estirpazione totale e quando la massa non è troppo voluminosa per essere levata dalle vie naturali.

L'isterectomia vaginale applicata agli uteri mobili si è assai perfezionata, ma assomiglia ancora a quella che praticava prima del 1888. Le altre due modalità sono recenti. Il chirurgo che vuole tentarle, è obbligato a farsi una seconda educazione essendo esse assai diverse della prima. Gli uteri mobili si asportano in un sol pezzo, gli altri per frammenti.

Nella prima modalità l'emostasi colle pinze è sempre, a parere dell'A., il metodo da preferirsi. Nelle seconde, le difficoltà sono numerose e la forcipressura non è più facoltativa, che anzi essa è la condizione *sine qua non* dell'isterectomia *par morcellement.*

Dott. Carlo Decio.

Bibliografia scientifica. — I sigg. J. B. Baillière et Fils, hanno or ora pubblicato un nuovo *Catalogo Generale dei Libri di Scienza* (Medicina, Storia naturale, Agricoltura, Fisica, Chimica, Industria), formante un volume di 112 pagine gr. in-8 a 2 colonne, contenente l'annuncio dettagliato di 5000 volumi e più per ordine di materie.

Questa Bibliografia sarà mandata *gratis* a tutti i lettori di questo giornale che ne faranno richiesta a MM. J. B. Baillière et Fils, *19, Rue Hautefeuille,* Parigi.

NOTIZIE

Congresso di Ginecologia, Ostetricia e Pediatria di Bordeaux.

La Società di Ginecologia, Ostetricia e Pediatria di Bordeaux prepara sotto gli auspici della Società Filomatica di questa città e nell'occasione della terza Esposizione da essa organizzata, un Congresso che terrà le sue adunanze dal giorno 8 al 14 Agosto prossimo, sotto la presidenza generale del prof. Tarnier, e sotto le presidenze speciali dei prof. Le Dentu per la Ginecologia, Tarnier per l'Ostetricia e Lannelongue (di Parigi) per la Pediatria.

Le questioni seguenti sono già da oggi portate all'ordine del giorno:

1.° **Ginecologia** — *Deviazioni uterine.*
2.° **Ostetricia** — *Trattamento della setticemia puerperale.*
3.° **Pediatria** — *Malformazioni del membro inferiore; più specialmente, lussazione congenita dell'anca e piede torto.*

COMITATO D'ORGANIZZAZIONE.

Direttori: M. Lannelongue ed A. Demons, professori di clinica chirurgica alla Facoltà di Medicina di Bordeaux.

Segretario Generale: R. Lefour, professore aggregato della Facoltà di Medicina di Bordeaux, chirurgo in capo della Maternità.

Segretario Generale-aggiunto: P. Sébileau, Professore aggregato della Facoltà di Medicina di Parigi.

Segretari: L. Hirigoyen, chirurgo della Maternità — E. Monod, chirurgo degli Ospedali — W. Binaud, chirurgo degli Ospedali.

Tesoriere: M. Rivière, professore aggregato della Facoltà di Medicina di Bordeaux, chirurgo della Maternità.

REGOLAMENTO INTERNO.

Art. 1. — Il Congresso di Ginecologia, Ostetricia e Pediatria terrà la sua prima adunanza il Giovedì, 8 Agosto 1895, alle ore 10 del mattino.

Art. 2. — I medici che desiderano prendere parte al Congresso devono indirizzare le loro adesioni al Segretario Generale.

Art. 3. — La quota per gli aderenti al Congresso è fissata a L. 20.

Gli aderenti che avranno saldate le spese d'iscrizione riceveranno una tessera di *Membro del Congresso,* che assicurerà loro il godimento di tutti i vantaggi fatti ai congressisti. Essi acquisteranno nello stesso tempo il diritto a un esemplare del rendiconto dei lavori del Congresso, che gli verrà inviato appena pubblicato.

Art. 4. — Le tre sezioni del Congresso si riuniranno tutti i giorni, ciascuna nei locali destinati, dalle 10 ant. a mezzogiorno, e dalle 3 alle 6 pom.

Il Presidente, d'accordo coi membri del Congresso, fissa gli ordini del giorno,

Art. 5. — I membri del Congresso che avranno l'intenzione di prendere parte alla discussione di una delle tre grandi questioni messe allo studio, sono pregati di informarne il Segretario Generale prima del 10 Luglio.

Art. 6. — Così pure al 10 Luglio al più tardi, i membri del Congresso che desidereranno fare una comunicazione ad una qualunque delle tre sezioni, Ginecologia, Ostetricia e Pediatria, dovranno indirizzarne il titolo e le conclusioni al Segretario Generale.

Art. 7. — Sono accordati 15 minuti a ciascun oratore per ciascuna delle sue comunicazioni.

Art. 8. — Sono accordati a ciascun oratore 5 minuti per la discussione.

Art. 9. — Tutte le comunicazioni scritte o orali devono essere fatte in francese.

Art. 10. — I manoscritti saranno rimessi al Segretario alla fine dell'adunanza durante la quale saranno stati letti.

Art. 11. — Tutti i lavori comunicati al Congresso saranno deposti nelle mani del Segretario Generale. Il Comitato d'organizzazione, che riprenderà le sue funzioni dopo la sessione per procedere alla pubblicazione degli Atti del Congresso, deciderà dell'inserzione parziale o totale di ciascuno di esso, nel rendiconto generale.

Art. 12. — Gli studenti in medicina potranno ottenere delle carte d'ammissione, sopra la prova della loro iscrizione in una Università; ma non potranno, in nessun caso, prendere la parola, e non riceveranno il rendiconto dei lavori, che acquistando i diritti d'iscrizione al Congresso.

Consiglio degli Istituti Ospitalieri in Bergamo.

Avviso di concorsi.

Al posto di Primario Ostetrico presso questo Ospedale Maggiore e Istituto Esposti, coll'onorario annuo di L. 1000 (mille) netto.

Al posto di Chirurgo Aggiunto sessennale, ed a quattro posti di Assistenti biennali presso l'Ospedale stesso, coll'onorario di L. 1000 (mille) il primo e L. 500 (cinquecento) gli altri, netti. Confermabili per eguale periodo.

Istanze a presentarsi non oltre ore 15 del 31 Luglio venturo, corredate dalla fede di nascita, nazionalità, diploma, sana costituzione, ecc. — Epoca assunzione funzioni, 1.° Settembre prossimo venturo.

Bergamo, 25 Maggio 1895. Il Presidente.

Prof. Luigi Mangiagalli, ***Direttore responsabile.***

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVII. Giugno 1895. Num. 6.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
19 AUG 95
LIBRARY

Dott. FRANCESCO FABRIS

DI UN FETO MOSTRUOSO

Maddalena M..., d'anni 28, da Molino di Falcade in quel di Belluno, è figlia di genitori, che morirono in tarda età.

Ha due fratelli e quattro sorelle, una delle quali ha il piede destro varo-equino. Sono quasi tutti linfatici.

La Maddalena, donna di costituzione robusta e di colorito giallo verdastro, godette sempre buona salute; solo nell'inverno scorso, guardò il letto circa venti giorni, perchè colpita da polmonite catarrale. Guarì perfettamente.

I mestrui le apparvero per la prima volta a 18 anni, non fu mai nè amenorroica, nè dismenorroica, non soffrì di metrorragia, nè di menorragia, nè di dispareunia.

Abitò case anguste e poco arieggiate, esercitò il mestiere di contadina, lavorò moltissimo, si nutrì prevalentemente con idrati di carbonio, non patì mai la fame. Ignora in quale età incominciò a camminare, non esistono tracce di rachitismo.

A 24 anni andò a marito, con un uomo sano e robusto, 14 anni più vecchio di lei e suo lontano parente, da parte di madre. L'anamnesi remota del marito, nulla offre di notevole.

La nostra donna partorì due volte con gran fatica, ed è madre di due bambini sani e robusti.

La sera del 12 Ottobre 1894, la Maddalena ebbe bisogno dell'opera mia. Da parecchie ore soffriva le doglie del parto, senza essere in grado di espellere il prodotto del concepimento.

Asseriva di trovarsi nel nono mese di gravidanza (20 Gennaio 1894 data dell'ultima mestruazione), di aver avvertito i primi moti fetali nell'Aprile scorso. L'inizio del parto era stato regolare, le doglie duravano

da circa venti ore e s' erano mantenute vigorose, fino alla rottura del sacco, avvenuta circa due ore prima del mio arrivo, le acque avevano scolato *abbondantissime.* Proceduto che ebbi alle solite disinfezioni, praticai l'esame esterno.

L'addome era estremamente rigonfio, con pareti più tosto rilassate.

Con la palpazione rilevai:

1.° La forma ovale allungata, verticale dell' utero.

2.° La testa all' ingresso del bacino.

3.° Il piano dorsale a sinistra ed il piano sternale a destra.

4.° Le piccole parti al fondo dell' utero. Con l'ascoltazione percepii, a stento, il battito cardiaco, in corrispondenza del Q. I. S.

La misurazione (1) mi diede i seguenti risultati:

Statura	metri	1,53
Circonf. pelvica o di Kilian . . .	cm.	89
Diametro Sp. il.	»	25
Diametro Cr. il.	»	28
Diametro Tr.	»	31
Coniugata di Baudelocque	»	17

Temperatura ascellare 38°. — Polso 95.

Disinfettata di nuovo la donna, non che me stesso, eseguii l'esplorazione interna. Nulla degno di nota m'offrì l'esame della vulva e delle pareti vaginali.

Il retto conteneva pochissime feci, la vescica era distesa e con il catetere estrassi circa 300 cmc. di urina.

Il collo dell' utero era risalito sulla parte presentata, intorno alla quale non s' avvertiva più il cercine membranoso; la cupola dei fornici vaginali era scomparsa.

Le suture e le fontanelle, a motivo del tumore di parto, non erano rilevabili con facilità. Esercitando, però, una conveniente pressione con il dito esploratore, potei stabilire, che la sutura sagittale era disposta lungo il diametro obliquo sinistro, che la fontanella post. era all' eminenza ileo-pettinea sinistra, che l' angolo della sutura lamdoidea era aperto anteriormente ed a sinistra.

La testa era già discesa nello scavo, poichè facilmente si raggiungeva ed occupava, in gran parte, la sinfisi pubica e la concavità sacrale ed era più tosto a ridosso del perineo. Esclusi che tale sensazione mi

---

(1) Feci uso del pelvimetro del Baudelocque.

fosse data da tumore di parto, notevolmente voluminoso e stabilii che il feto si presentava per il vertice, in O. I. S. A.

L'ostacolo, opposto della coniugata vera, era stato superato, non esistevano anomalie delle parti molli della trafila pelvica, pure l'indicazione operativa s'imponeva, poichè la durata del travaglio, la debolezza secondaria delle doglie, la insufficiente pressione addominale, avendosi un ventre quasi a bisaccia, il battito cardiaco del feto di molto diminuito, indicavano pericolo e per la madre e pel feto. La vis a tergo mancava, il parto, tenuto conto del risultato dell'esplorazione interna, poteva essere condotto a termine nel modo migliore solo con il forcipe, il quale, in questi casi, è il mezzo più inoffensivo e per la madre e per il feto (1).

Tralascio di esporre i preparativi, le regole osservate nell'applicazione ed uso del forcipe. Dirò solo che facilissima mi riuscì l'applicazione, abbastanza facile l'estrazione del capo, non che il disimpegno delle spalle.

Arrivato a questo punto, cioè quando credevo di aver compiuta l'operazione e di aver salvato pure il feto, trovai invece una così forte resistenza, che mi fece subito pensare ad un feto ammalato o mostruoso.

Praticai un'attenta esplorazione, onde conoscere dove risiedeva l'ostacolo e mi persuasi trattarsi di un enorme ingrossamento dell'addome, tale da non permettere, che il corpo fetale venisse dietro alle trazioni.

Tali ingrossamenti dell'addome possono essere dovuti ad ascite, a distensione della vescica per urina, ad ipertrofia cistica dei reni e del fegato o a tumori.

La diagnosi differenziale fra raccolta liquida e tumore è, in tali circostanze, se non impossibile, per lo meno difficilissima; diversa è la manualità operatoria, a seconda che si tratti di un caso o dell'altro.

Se si trattava infatti di raccolta liquida, bastava dar esito al liquido, con un trequarti; se di tumore solido, conveniva ricorrere all'embriotomia.

Tentai la puntura con il trequarti, estrassi circa duemila e cinquecento cmc. di liquido, dopo che il parto si compiè immediatamente.

Eseguii il secondamento artificiale, somministrai la segala cornuta, usai alla donna le cure necessarie. Il puerperio fu dei più regolari. La massima temperatura arrivò a 38. 5, il polso oscillò fra 60-70 battute, s'ebbero da 20 a 25 respiri al minuto; durante la prima settimana, la puerpera manifestò una discreta tendenza ai sudori, l'appetito diminuì di poco, aumentò la sete.

---

(1) Schroeder. « Manuale di ostetricia, » III traduz. italiana sopra la IX tedesca, pag. 532. Milano, Vallardi, editore.

S'osservò ritenzione di orina, per circa 14 ore, dopo di che la secrezione orinaria fu abbondante. (L'orina conteneva tracce di zucchero). Le deiezioni alvine furono sospese per due giorni, tanto che si dovette far uso di un purgante.

I morsi mancarono quasi completamente, i lochi non presentarono nulla degno di nota, dopo il 14.° giorno, fino alla 4.ª settimana, s'ebbe una secrezione piccolissima. Il principio della vera secrezione lattea fu accompagnato da una debole elevazione di temperatura, gonfiore e addolentimento della ghiandola, rossore della pelle, che la copriva.

La secrezione lattea, che erasi completamente avviata, s'arrestò in breve, non avendo la madre dato il seno.

Dopo sette settimane, l'involuzione dell'utero era quasi completa.

Descrizione del feto. — Il feto, che moriva nascendo, misurava in lunghezza 45 cm. (Vedi fig.), pesava, escluso il funicolo ombelicale e la placenta Chilogr. 1,700, non compreso il liquido, che estrassi con il trequarti, nel momento dell'operazione, che come dissi sopra, raggiungeva la quantità di litri 2 e mezzo circa. Aveva la pelle bianca, la peluria più visibile sulle spalle, coperto di vernice caseosa, capelli scuri, lunghi circa 2 cm., le cartilagini dell'orecchio e del naso, abbastanza dure, così le unghie.

La faccia, rispetto al cranio, era piccolissima. Il cranio era formato dalle due ossa frontali, dai due parietali, dall'occipitale, dalle due porzioni dei temporali e dalle due grandi ali dello sfenoide.

Tali ossa erano tenute insieme dalle rispettive suture. Si osservavano e la fontanella frontale e la fontanella occipitale e le fontanelle del Gasser o laterali.

Ecco i risultati ottenuti dalla misurazione dei vari diametri:

1. D. R. o F. O.	cm.	11
2. B. P.	»	9
3. B. T.	»	7
4. M. O.	»	12,25
5. S. O. B.	»	7,70
6. T. B.	»	9
7. Grande circonferenza della testa	»	33

Gli occhi nulla offrivano degno di menzione, le palpebre erano aperte, la membrana pupillare sparita. Il naso, le orecchie, la bocca, le labbra, regolarmente conformate, la lingua si staccava bene, il palato molle e duro completi, il cavo faringeo non offriva nulla d'insolito.

Aperta la cavità cranica, osservai che il cervello ed il cervelletto

erano bene sviluppati, le circonvoluzioni evidenti, sì la parte centrale che la basilare, sufficientemente consistenti.

Nel collo vidi il timo e la tiroide, la laringe, la faringe. Nel torace, ben conformato sì anteriormente che posteriormente, trovai il cuore, incluso nel pericardio, il tronco aortico manifesto, distinte l'arteria polmonare, la trachea, in connessione con la quale, a destra, vi erano tre lobi polmonari ed a sinistra due, l'esofago, tutto aperto, di normale di-

rezione e conformazione, che attraversava il diafragma e che terminava nello stomaco.

Gli arti bene sviluppati e conformati. Il ventre invece era straordinariamente rigonfio, di forma ovoide, cascante in modo, da nascondere gli arti inferiori. Fra il terzo medio e l'inferiore, lungo la linea mediana, s'inseriva il funicolo ombelicale, di proporzioni e caratteri fisiologici, il quale dall'altro lato s'inseriva nella placenta, pure normale.

Sollevata la parte pendente dell'addome, si notava la mancanza assoluta degli organi generativi esterni, accompagnata da atresia anale. Dal pube fino al coccige, la superficie cutanea era liscia, priva di qualunque foro o fessura, senza vestigio alcuno cioè degli organi mancanti.

Aperto l' addome, per tutta la sua lunghezza, vidi una gran sacca, provvista di parete propria, separabile dalla parete addominale. Aperta, mostrava di non contenere alcun viscere e quindi da non confondersi con la cavità peritoneale.

Aveva spinto in alto il fegato ed il diafragma, il suo diametro longitudinale misurava 8 centim., il trasversale massimo 7 e frazioni, aveva una circonferenza di quasi 40 centim.

La parete addominale era più tosto assottigliata, mentre la parete del sacco, era abbastanza grossa.

Il sacco, esaminato alla sua parte anteriore, mostravasi levigato, nella parte superiore era aderente al diafragma, al fegato, allo stomaco; posteriormente era pure levigato e non aveva contratto che poche aderenze, con gli organi sottostanti.

Mancavano e le vescichette seminali ed il canale deferente.

Ai lati del sacco passavano le due grosse arterie ombelicali, derivanti dalle iliache interne, le quali arrivavano all'ombelico, per decorrere nel funicolo ombelicale ed andar a formare i capillari della placenta; non che i due rami della vena ombelicale, uno dei quali andava a formare il dotto venoso d'Aranzio, l'altro a dividersi nel fegato.

In corrispondenza dell'inserzione del funicolo, trovai un orlo circolare chiuso, che potei stabilire essere l'uraco, già obliterato.

Esaminato il sacco nella sua parte interna, si notava la superficie liscia, biancastra. Non esistevano pieghe. La faccia inferiore, presentava il trigono vescicale, però, mentre che agli angoli inferiori esistevano gli orifici degli ureteri, perfettamente pervii, all'angolo anteriore non vi era che una semplice depressione, in luogo dell' orificio uretrale.

Nella cavità addominale, erano, nella loro giusta posizione, la milza, il pancreas, il fegato, con la cistifellea, lo stomaco, l'intestino tenue, il cieco, con il processo vermicolare, il colon ascendente, il colon trasverso, il colon discendente, la curvatura sigmoidea ed una piccola porzione di intestino retto, che terminava con un rigonfiamento, assai aderente, alla parte laterale sinistra del sacco.

L'intestino crasso conteneva una discreta quantità di meconio, di colore nero-verdastro. Ai lati della colonna vertebrale c' erano i reni, con i relativi ureteri, che potei specillare e che mettevano capo nella vescica già descritta, cioè agli angoli posteriori del trigono, di conformazione normale; le capsule soprarenali; non mi riuscì invece di riscontrare indizio alcuno nè di uretra, nè di prostata, nè di organi generativi.

Il sistema vasale era fisiologicamente sviluppato.

Il liquido estratto durante l'operazione con il trequarti, aveva i seguenti caratteri: colore pagliarino chiaro, limpido, trasparente, di odore speciale, sapore debolmente salato, reazione acida, p. sp. 1,007.

* * *

Il feto descritto desta interesse, per l'enorme volume dell' addome, causato dalla forte distensione della vescica urinaria, per la completa mancanza dell'uretra, degli organi generativi sì interni che esterni, per l' atresia anale, accompagnata dall' assenza di quasi tutto il retto e per l'idramnios.

Nella letteratura non mancano esempi più o meno assomiglianti al caso nostro. La vescica convertita in un gran sacco, fu osservata da Kristeller (1), da Baistrocchi (2), da Taruffi (3); la mancanza più o meno completa degli organi generativi esterni, alcune volte accompagnata da atresia anale, con assenza più o meno marcata di porzione d' intestino e di uretra, da Hali Rhodoham (4), da De Blegny (5), da Prockaska (6), da Ford Edv. (7), da Penada (8), da Schellier (9), da Rossi (10), da Faber (11), da Jenisch (12), da Gurney (13), da Friese (14), da Vro-

---

(1) Kristeller. « Enorme Ausdehnung der Harnblase bedingt durch Fehlen der Harnröhre. » *Monatsschrift für Geburtskunde,* Bd. XXVII, S. 165, Berlin, 1866.

(2) Baistrocchi Ettore, Assistente all'Università di Parma. *Rivista clinica di Bologna,* 1882.

(3) Taruffi Cesare. « Intorno ad un feto umano privo degli organi generativi e dell'uretra (Agenosoma). » R. Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, Sessione 14 Gennaio 1894.

(4) Hali Rhodoham, medico dell'Egitto nell' XI secolo. Citato da Taruffi.

(5) De Blegny Nicolao. *Zodiacus medico-gallicus,* Genevae, 1860, p. 78, Obs. IX « Foetus sine sexus discrimine. »

(6) Prockaska Giorgio. « Adnotationum academicarum. » Fasciculus alter. Sect. IV, p. 84, Pragae, 1781, Tab. VII.

(7) Ford Edv. « An account of a child born without organs of generation » in Simmons G., Medical facts and observations. Vol. V, p. 10, London, 1795. « Foetus absque genitalibus. » (Citato da Meckel e da Taruffi).

(8) Penada Jacopo. « Mostro umano singolarissimo. » Memorie dell'Acc. di Padova. 1809, pag. 49.

(9) Schellier D. M. P. « Foetus monobrache, monopede et agame, parvenu à peu-près au terme de la naissance. » *Archives génér. de Médec.,* Tom. III, p. 415, Paris, 1823.

(10) Rossi Francesco, Memorie della R. Accademia delle Scienze di Torino. Tom. XXX, p. 155; 1826, Obs. I.

(11) Faber G. F. Carolus di Magdeburg « Duorum monstrorum humanorum. » Diss. Berolini, 1827.

(12) *Würtembergisches Correspondenzblatt,* Bd. VII, N. 7, Schmidt's Jahrbücher, 1840; Bd. XXVIII, s. 141, Oss. cit. da Ahlfeld e da Taruffi.

(13) Lancet. London, 1840, Vol. 1, N. 26. Cit. da Ahlfeld, *Archiv. für Gynäk,* 1879, s. 290. Citato da Taruffi.

(14) *Casper's Wochenschrift,* 1841, N. 52.

lik (1), da Mueller (2), da Eisenach (3), da Pinard (4), da Guttmann (5), da Hubert (6), da Sharpe (7), da Taruffi (8) e da Giles (9); la mancanza dell'uretra da Petit (10), da Smidt (11), da Delbovier (12), da Surmay (13), da Behncke (14), da Post (15) e da Taruffi (16).

Tralascio di cercare le cause delle imperfezioni offerte dal feto illustrato, tanto più che su questa parte, la scienza ancora non dà esatte spiegazioni.

Voglio più tosto fare qualche considerazione, intorno all'abbondanza del liquido amniotico, avendosi il prodotto del concepimento, con una vescica dalla quale non poteva scolare urina; non che intorno alla quantità d'urina, che si trovava nella vescica, al momento dell'operazione.

Tutti ancora non sono d'accordo sulla genesi del liquido amniotico. Ci sono i sostenitori dell'origine materna e dell'origine fetale.

I primi lo fanno provenire dal siero del sangue, trapelato dai vasi

---

(1) « Tabulae ad illustrandam embriogenesin ect. » Amstelodami, 1849.

(2) « Verschiedene Missbildungen bei einem neugeborenen Kinde-Ugeskrift for Laeger. » R. III, Bd. V, s. 329, Kopenhagen, 1868.

(3) « Ein weiblicher Fötus ohne Harn, Darm und Geschlechtsöffnungen, daneben Meropus. » Inaugural-Dissert. zu Marburg, Rotemburg, 1873.

(4) *Bullet. de la Soc. Anatom.*, Ser. 5.ª, Tom. XVIII, p. 686 — LANCEREAUX E. « Traité d'Anatomie Pathologique. » Tom. 1, p. 121; Nota 1, Paris, 1875.

(5) « Fall von Scheinzwitterbildung. » *Berlin Kinick Wochenschrift*, 1882, N. 35, s. 544.

(6) « Description d'un foetus monstrueux du genre des agénosomes. » *Journal de med. de Bruxelles*, 1887, N. 20.

(7) *Medical World*, Philadelphia, 1893. (Cit. da Sajons, Annual e da Taruffi).

(8) TARUFFI. Lavoro citato.

(9) « Malformation of rectum and bladder, congenital absence of both kidneys and ureters, imperforat anus, absence of righ hypogastrie artery and deformed fect. » *Tr. Obstetr. Soc.*, London (1892), Bd. XXXIV, pag. 129.

(10) « Traité des maladies chirurgicales » (Ouvrage posthume). Paris, 1774. Oss. citata da Surmay e da Taruffi.

(11) « Singular case of malformation of the sexual organe with absence of the uretra. » *London medical Gazette*, 1843-44, Tom. XXXIII, p. 174.

(12) « Développement énorme de la vessie et des parois abdominales chez un foetus d'environ huit mois. » *Annales de la Soc. des Sc. Med. et naturelles de Bruxelles*, 1842, p. 36.

(13) Absence complète de l'urethre et clitoris; développement incomplet des petites et des grandes lèvres. Incontinence d'urine. » *Bullet. de la Soc. Med. d'émulation de Paris*, 1867.

(14) *Jahresbericht für*, 1875, Bd. II, s. 618.

(15) *American Journal of Obstetric*, Agosto 1885, p. 785.

(16) TARUFFI. Opera citata.

della caduca, il quale filtrerebbe attraverso le membrane corion ed amnios e tale opinione trova conforto, dalle esperienze di Zuntz (1), di Wiener (2) e di Krukenberg (3), i secondi, invece, mettono avanti molte teorie. Iungbluth (4) ritiene il liquido amniotico, dovuto alla filtrazione di siero dai vasi proprii dell'amnios, Prockownick (5) lo fa dipendere dall'esalazione cutanea, in principio di gravidanza, dalla secrezione renale più tardi, Sallinger (6), invoca come origine del liquido amniotico, la filtrazione di siero dai vasi del cordone ombelicale.

Nello stato attuale della scienza è cosa giusta, però, ritenere, che alla formazione del liquido amniotico, contribuiscano madre e feto (7), Morisani (8), Frascani (9) pubblicarono un caso di grande distensione della vescica urinaria, in seguito ad uretra imperforata. Tutti e due non ebbero a notare idramnios.

Per spiegare l'abbondanza del liquido amniotico nel caso nostro, in cui faceva assoluto difetto la escrezione urinaria, conviene pensare ad una compressione sofferta dai vasi del cordone ombelicale e più propriamente dalla vena ombelicale, alla quale compressione dovette necessariamente tener dietro un aumento di pressione nel circolo della vena ombelicale e perciò un aumento del liquido amniotico, che è in relazione alla circolazione fetale.

I reni, benchè la vescica non potesse emettere urina, funzionarono sempre ed appunto per ciò, trovai che la vescica era piena di liquido, avente tutti i caratteri macroscopici dell'urina.

---

(1) » Quelle und Bedeutung des Fruchtwassers. » *Pfluger's Arch.*, B. XVI, pag. 548, 1878.

(2) « Ueb. die Herkunft des Fruchtwassers. » *Arch. f. Gyn*, B. XVII, 1881. « Zur Frage d. Foetal Stoffwechsels. » *Centr. Gyn.*, 1883, N. 26.

(3) « Krit. u. Exper. Unters. ub. d. Herkunft d. Fruchtwassers. » *Arch. f. Gyn.*, B. XXII, 1883. « Zur Frag. d. foet. Nierensec, u. Fruchtwass. » *Arch. f. Gyn.*, B. XXVI, H. 2.

(4) « Beitr. Z. Lehre von Fruchtwasser und seiner Ubermässingen Vermehrung. » Inaug. Dissert., Bonn, 1869.

(5) « Beitr. z. Lehre vom Fruchtwasser und seine Entstehung. » *Arch. f. Gyn.*, B. XI, pag. 304.

(6) « Ueb. Hydramnios in Zusammenh, mit. d. Entstehung d. Fruchtwasser. » Inaug. dissert., Zurich, 1875. — Cfr. Viti. « L'amnios umano ecc. » Siena, 1886.

(7) Cuzzi. « Trattato di ostetricia e di ginecologia. » Vol. I, p. II, Milano, Vallardi, ed.

(8) « Sopra un caso non frequente di distocia fetale. » *Giorn. Intern. Scienze Med.*, Febb. 1891.

(9) « Di un caso di grande distensione della vescica orinaria in un aborto di cinque mesi e mezzo. » Pisa, Tip. Valenti, 1891.

E quantunque fatti patologici non servano molte volte a rischiarare funzioni fisiologiche, pure dalla quantità di liquido trovato nella vescica urinaria (litri due e mezzo circa), si potrebbe trar partito, per stabilire la quantità di liquido che la secrezione renale fornisce, durante la vita endouterina.

Il feto illustrato, quasi a termine, era lungo, come dissi più avanti, 45 centm., pesava Chgr. 1,700, mentre invece avrebbe dovuto raggiungere una lunghezza di quasi 51 centm. ed un peso di 3 e più Chgr.

Le imperfezioni descritte, avranno, senza dubbio, ostacolato il suo sviluppo.

Bologna, Maggio 1895.

Dott. MUZIO PAZZI

STORIA SCIENTIFICO-SOCIALE DELLA LEVATRICE

INTRODUZIONE.

Durante la prima riunione della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia tenuta in Roma nei giorni 15, 16 e 17 Ottobre 1894, l'egregio dott. Miranda di Napoli lesse una monografia sulla opportunità di fare assistere il parto piuttosto dall'ostetrico che dalla levatrice (1).

Quantunque l'argomento fosse de' più scabrosi e dovesse scuotere un uditorio che per maggioranza osteggiava la proposta ardita dell'ostetrico napoletano, tuttavia fu trattato in modo così brillante e basato sopra documenti di fatto talmente importanti, da sollevare poi in seno alla Società una delle discussioni più vive e prolungate. Il risultato ultimo di questa discussione fu quello di approvare la nomina di una commissione che studiasse profondamente l'argomento e riferisse le proprie conclusioni nella prossima seduta annuale della Società.

Furono eletti commissari i signori: prof. Guzzoni (presidente), professor Truzzi, prof. Pinzani, dott. Miranda e dott. Regnoli. Non è questo il momento di esporre le teorie del dott. Miranda e dei molti interlocutori che in parte le appoggiarono o che totalmente vi si opposero; è però questo il luogo di rettificare ciò che la stampa politica specialmente ha sbraitato ai quattro venti, e cioè che la Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia abbia nominato nel suo seno una Commissione per proporre *l'abolizione delle levatrici.*

---

(1) *Riforma medica*, 1844, V. IV. N. 20, pag. 238. — *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Anno XIV, N. 12, pag. 878. — *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, Anno I, 1894, N. 11-12, pag. 525-26.

Altro è che il dott. Miranda abbia questa intenzione ed altro è che la Società l'abbia fatta propria.

Gli ostetrici e ginecologi italiani convenuti a Roma per i lavori di un congresso desiderato e voluto da loro stessi, hanno approfittato della comunicazione del dott. Miranda, per considerare seriamente se vi fosse bisogno di una riforma organica delle levatrici e trovato questo bisogno hanno nominato la commissione di cui sopra, ma non hanno votato nè punto nè poco di partire dal concetto della abolizione delle levatrici, oppure da quello della loro conservazione. Riformare non vuol dire certo conservare ma neppure abolire.

Nel *Raccoglitore Medico* di Forlì, nella *Gazzetta Medica* di Torino sono comparsi articoli di medici che si sono ribellati alla idea della abolizione delle levatrici e dei quali parlerò in altra parte del mio lavoro. Il *Giornale delle levatrici* di Milano, la *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia* di Napoli, la Società Subalpina delle levatrici, la Società Emiliana, ecc. si sono occupati dell'argomento, e mi si permetta il termine, hanno stretta opposizione alla proposta del dott. Miranda.

Dirò ora lo scopo di questa mia filippica in favore delle levatrici, oltre quello già annunciato di mettere le cose al loro posto.

Dichiaro innanzi tutto che io mi schiero fra i conservatori, ma di quelli che politicamente si chiamerebbero conservatori-progressisti.

Io voglio le levatrici non come sono, ma come debbono essere, alla altezza dei tempi. Voglio le levatrici perchè mi lusingo che siano attuabili molte riforme che rialzeranno il decoro della loro professione, manomessa specialmente dalle levatrici empiriche legalizzate.

Per raggiungere il mio scopo dividerò la presente memoria in diversi capitoli. Prima di tutto parlerò della storia delle levatrici, dividendola in distinti periodi, secondo che hanno preceduto o seguito la scoperta della stampa o dell'America. Quindi parlerò delle cognizioni scientifiche indispensabili alla levatrice moderna. Seguirà un capitolo destinato a raccogliere i documenti del progresso ottenuto dalle levatrici, e degli sforzi da loro dimostrati per raggiungere l'ideale di una indipendenza morale ed intellettuale. Dirò dello spirito di associazione delle levatrici, dei loro mezzi di coltura, dei giornali speciali e dei congressi. Parlerò dei rapporti fra levatrici e medici, e dell'interesse da questi dimostrato per appoggiare moralmente le levatrici.

Un capitolo sarà destinato ai regolamenti, alle riforme (proposte e da proporsi), alla campagna aperta contro le levatrici abusive.

Seguiranno un riepilogo di tutta la materia e le conclusioni a cui io sono giunto dopo lungo e paziente studio.

Nessuna ambizione ha la modesta mia opera, che sarà compensata ad usura se riuscirò a facilitare quelle riforme organiche che presto saranno per emanare dalla Commissione nominata dalla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Nè sarà compiuto il lavoro neppur dopo le conclusioni della sullodata Commissione, giacchè la palma gloriosa apparterrà solo a quel Governo che saprà attuare ciò che la nazione intelligente e sapiente vuole ed esige.

L'Italia non è la prima a slanciarsi nell'orizzonte delle conquiste a favore delle levatrici, giacchè è stata preceduta dalla Francia e dalla Germania. Almeno che l'Italia sia la prima a raggiungere il più alto grado di riforma e di coltura delle proprie levatrici. *Quod est in votis.*

CAPITOLO I.

Le levatrici prima della scoperta della stampa e del Nuovo Mondo.

Volendo risalire fino ai primi tempi della comparsa dell'uomo sulla terra per scoprire la persona che avrà assistito il primo parto è giusto riconoscere quanto diceva Platner (1) che il primo ostetrico in ordine cronologico è stato Adamo.

Però le nostre cognizioni non sono basate sopra documenti sicuri e per un buon tratto del periodo storico dell'ostetricia dobbiamo contentarci di credere alle tradizioni, alla mitologia, ai papiri, a zirigogoli incisi sopra frammenti di tavole, di pietre, di colonne, ed intuire il più delle volte ciò che è succeduto fra i primi popoli, accettando ciò che per analogia fanno i selvaggi o le tribù degli uomini meno civilizzate.

---

(1) PLATNER. « De arte obstetricia veterum. » Lipz., 1735.

Secondo l'Harmer (1) le più antiche scritture parlano di dee aiutatrici del parto.

Il genere di soccorso prestato a quei tempi in cui il parto come funzione era sconosciuto, doveva naturalmente essere primitivo e consistere tutto al più in una assistenza che veniva ereditandosi da madre a figlia, da figlia a nipote.

La levatrice più esperta era quella che aveva assistito a più parti ed i trattamenti curativi più antichi furono le trazioni delle parti fetali espulse per le prime e il taglio del funicolo ombellicale con pietre acute, coi denti, con le conchiglie o la legatura del medesimo con un nodo lungo il tralcio ombellicale, o mediante tendini o con filo (2). Fortunatamente, secondo fa fede Devees (3) in quei tempi i parti dovevano compiersi più facilmente senza bisogno di aiuti eccezionali.

Fra i primi popoli civili vanno ricordati gli ebrei, gli egiziani e gli indiani ed i cinesi, presso i quali vi erano le raccoglitrici di parti la cui arte non andava molto più in là della aspettazione. L'ostetricia come una delle branche della medicina cominciò a fare dei passi presso i greci. È ben vero che la mitologia greca è ricca di nomi di tutte le dee che presiedevano ai parti e da Giunone a Ilitia, Artemisia, Ermes, alle dee Genetillide è un continuo succedersi di persone mistiche e predestinate all'arte di levatrici. Per non perderci però lungamente nel vuoto dobbiamo arrivare ai tempi di Ippocrate e di Aristotile, i due più grandi naturalisti della antichità, entrambi greci, che dedicarono la loro vita alla scienza e vissero un trecento o quattrocento anni avanti Cristo (4).

« Dal contesto di tutte le opere ostetriche Ippocratiche » dice il Cuzzi (5) « si vede che erano sempre le levatrici che assistevano ai parti e che i medici erano chiamati solo per le operazioni cruenti. Ciò naturalmente rinforzava, per i risultati, la posizione delle levatrici, in-

---

(1) HARMER. « Observations on diverses passages of scripture. » V. II, pag. 505, London, 1776.

(2) LANGSDORFF. « Anmerkunge auf einer Reise und die Welt in den Jahren 1803-1807. » — KOLBEN. « Vollständige Beschreibung des African, etc. » Nurenberg, 1719. — GUDIUS. « Dissert. de ebraica obstetricium origine. » Lipz., 1724.

(3) DEVEES. « Compendious system of midwifery. » Philadelph., 1826.

(4) HIPPOCRATIS. « Opera omnia graeca et latin. » — ARISTOTELES. « Historia de animalibus. »

(5) CUZZI. « Trattato di Ostetricia e Ginecologia » (in corso di stampa), pag. XX e seguenti.

deboliva quella dei medici. È una vera disgrazia che l'ostetricia sia stata fin da principio nelle mani delle levatrici, che per la loro intelligenza erano incapaci di farla progredire. Questa disgrazia l'ha poi accompagnata per secoli e secoli soffocando ogni tentativo di progresso. In causa del suo stato stazionario, mantenuto troppo a lungo mentre tutto migliorava e si perfezionava, nessuna innovazione poteva essere fatta nelle manualità di esercizio pratico ostetrico. »

Lo stesso autore sunnominato in un altro passo dice:

« Dopo Aristotile, dopo Erofilo e dopo Demetrio ancora per molto tempo l'assistenza ai parti e le stesse cure ginecologiche continuarono ad esser di competenza esclusiva delle levatrici. Esse amministravano rimedi, facevano dei sortilegi, componevano matrimoni, si occupavano di pratiche sospette e provocavano aborti criminosi (1). Davano rimedî per provocare e regolare i lochi, combattevano la sterilità, avevano rimedî contro le malattie d'occhi, contro le morsicature dei cani arrabbiati e contro le febbri intermittenti (unguento obstetrix) (2). Questo cerchio di attività delle levatrici risulta da un passo (3) delle opere di Platone (nato nel 430 e morto nel 348 a. C.) e precisamente nel libro *Theaetetus* (ediz. Bekker, Berl., 1817). E malgrado le pratiche estranee alla ostetricia non sempre oneste, la loro considerazione andò aumentando, di modo che Plinio ci ha conservato il nome di qualcuna delle più celebri; tra le altre ci ha conservato i nomi di Olimpia, di una Tebana, di una Lais, di una Sotira, di una Elephantis, di una Balista, di una Aroasio, ecc. »

Fra le levatrici greche che si distinsero va pure nominata Farcerete, madre di Socrate, e una Cleopiata, che, secondo quanto scrive Sacchi (4) fu la prima donna che pubblicò un trattato ginecologico.

Col cadere della civiltà greca sorse la civiltà romana e così vediamo che le prime levatrici che esercitarono in Roma erano profughe dalla

---

(1) Plin. *Valerianus*, de re medica. Collectio Aldina, 1547.

(2) Harless. Chr. Fr. « Die Verdieusse der Frauen und naturwislenschaft Gesundeiss- und Heilkunde. » Götting., 1830.

(3) Platon. « Oevr. » Berlin, 1804.

(4) P. Sacchi. « Riassunto di una conferenza, ecc. » *Giornale per le levatrici*, Anno III, 1889, N. 11, pag. 87-88.

Grecia. Ma pur troppo a Roma come in Grecia dominava sovrana la superstizione ed i tempî ed i dei cui erano votate le donne incinte non si possono numerare. L'aiuto delle levatrici e tanto più quello dei medici era poco stimato, e per partorire felicemente bastava essere nelle grazie di Lucina, di Giunone, di Diana e di tante altre.

Le divinità entravano da per tutto a quei tempi e a noi non deve fare meraviglia, perocchè dopo qualche decina di secoli, è ancora possibile di osservare certe vecchie comari, o certe vecchie madri ignoranti di consigliare la partoriente a bere in una tazza dove sia stampata l'effigie di S. Anna nei parti difficili e come ultima speranza prima di cadere nelle mani dell'ostetrico, che in tal caso viene considerato come un carnefice. Non tardò tempo però che le levatrici salirono presso i romani in grande considerazione tanto da essere chiamate a giudicare in numero di cinque in caso di questioni legali ed anche di giustizia capitale; esisteva anzi un ordine aristocratico che veniva chiamato *Nobilitas obstetricium.*

Presso i romani come presso i greci, i medici venivano chiamati quando non c'era più poco a fare, giacchè la vita del feto era tenuta poco in considerazione e il più delle volte veniva assoggettata a processi embriotomici. Se da una parte però le levatrici non si curavano punto di fare progredire l'arte loro, di mano in mano che la civiltà romana progrediva, vi furono uomini che sollevarono l'ostetricia dalla dimenticanza, e da Celso a Sorano fu un succedersi di buoni avvenimenti per questa specialità e fin da allora giungono a noi le conoscenze sul rivolgimento podalico interno e la distinzione delle distocie in materne e fetali, una certa disciplinatezza nella applicazione della embriotomia, alcune idee di anatomia e fisiologia degli organi genitali, nonchè qualche discernimento embriologico sull'amnios, il corion e l'allantoide. Ma tutto quello che si fece fu da parte degli uomini e se pensiamo come era difficile a questi di sottrarsi dal monopolio delle volgari raccoglitrici, non possiamo che tributare maggiori elogi alla loro memoria, alla quale la storia ha dedicato una delle migliori pagine.

Non bastò la civiltà romana per scuotere le levatrici, ma come fossero sorrette da qualche genio maligno, quella civiltà doveva decadere e l'invasione dei barbari doveva servire a loro come di vendetta contro l'oltraggio fatto al tempio degli idoli, al regno delle superstizioni, all'impero della fosca ignoranza ed alla tirannide dell'oro.

Dopo 300 anni dalla venuta di Cristo la capitale dell'impero veniva trasportata da Costantino da Roma a Costantinopoli o Bisanzio, finchè Teodosio doveva dividere fra i suoi due figli (Arcadio e Onorio) l'impero in quello d'Occidente e d'Oriente.

La medicina che Galeno aveva alquanto rialzata, doveva avvolgersi di nuovo nella oscurità fino ad Aezio e può dirsi che nei primi sei secoli dell'era volgare la scienza era assopita, con grande soddisfazione delle levatrici che vedevano disprezzata l'arte ostetrica dai medici e riservata solo a loro la pratica fruttuosa dei parti e delle malizie. Troviamo solo qualche eccezione e Aezio nella sua opera sopra i parti parla della provocazione dell'aborto secondo gli insegnamenti di Aspasia levatrice. Dopo Aezio venne Paolo di Egina, ma entrambi inferiori a Sorano, giacchè dimenticando assolutamente il rivolgimento podalico interno, votarono alla morte un numero infinito di vittime.

Sulle rovine dell'impero d'Occidente e di Romolo Augusto, si eresse l'impero degli Unni e dei Goti, sulle rovine di Bisanzio o dell'impero d'Oriente, si eresse l'impero degli arabi.

Ma gli Unni e i Goti erano popoli barbari e ben presto in occidente la scienza cadeva nella trascuratezza, e lo stesso Papa Gregorio I, ingiustamente detto il Grande, era oppositore degli studi. Solamente le scuole di Montecassino e di Salerno seguitavano le orme di Ippocrate, di Galeno e degli arabi riguardo agli studi di ostetricia.

La civiltà araba successe dunque alla romana nell'impero d'Oriente o di Bisanzio, ma per il costume degli arabi di non assistere ai parti normali l'ostetricia non progredì.

Continuava dunque il regno delle levatrici che nessuna civiltà aveva scosso, perchè preferivano lavorare nelle tenebre piuttosto che al sole e si sacrificavano piuttosto al pregiudizio che alla ragione. Un po' di risveglio degli studî successe nel medio evo. Sebbene delle levatrici di quei tempi si abbiano poche notizie, si sa che una certa Herbend partì insieme ai crociati che portarono seco le proprie donne. Ma nessuna levatrice reputata si conosce nel secolo XIII, XIV, XV. Alla fine di questo ultimo secolo cominciarono però gli studî di anatomia a rialzare le sorti delle scienze mediche, ma tutta l'ostetricia era in mano delle levatrici. Ci voleva un passo ancora verso il secolo XVI e la scoperta della stampa e del Nuovo Mondo doveva distruggere anche l'ignoranza

delle levatrici. Ma, come vedremo nel prossimo capitolo, non poteva distruggere il pregiudizio, la superstizione, che avevano regnato per troppi secoli, nè poteva distruggere dunque l'empirismo e le comari empiriche che anche al giorno d'oggi formano la piaga viva della società.

CAPITOLO II.

Le levatrici dopo il risorgimento.

Di mano in mano che la potenza della Chiesa veniva diminuendo, e subiva una grande scossa il feudalismo, per il formarsi di nuovi stati, tutte le scienze in genere si risvegliarono e la medicina in generale e l'ostetricia in particolare guadagnarono terreno. Nel 1500 comparve infatti il primo libro di ostetricia di Eucharius Roesslin (1), il quale, sebbene non contenga nulla di nuovo, ripeterò col Cuzzi, dimostra che la ostetricia ha diritto di esistere come una specialità alla quale si può annettere anche la pediatria. Questo libro fu tradotto in tutte le lingue e giustamente fu chiamato prezioso. L'ostetricia infatti non poteva progredire perchè i medici non osservavano direttamente le donne gravide e le partorienti, che rappresentavano ancora il dominio intangibile delle levatrici e solamente per gradi giunse a sbarazzarsi dalla cattiva influenza di queste ultime.

Gli studi anatomici che andavano istituendosi e diffondendosi ogni dove, specialmente per l'impulso dell'Italia e poi della Germania, condussero alla conoscenza esatta degli organi genitali della donna, intanto che la Francia per opera de' suoi chirurghi, principalmente di Pareo, il quale riabilitò la fama del rivolgimento podalico interno e ristabilì le norme e le indicazione per l'embriotomia. Inoltre nel secolo XVI venne per la prima volta suggerito il parto cesareo nella donna vivente.

Facilmente si può comprendere come i chirurghi di quel tempo, impossessati delle nuove idee anatomiche, chiamati ad operare nei casi di distocia, lusingati dal favore con cui venivano accettati nuovi atti

---

(1) E. Roesslin. » Der Schwangeren Frauen und Hebammen. » Rosegarten, 1513.

operatori, e le nuove tecniche ed indicazioni di quelli già noti, invaghiti dei trionfi cui poteva raggiungere l'ostetricia, raccolsero questa dalle fascie, la sottoposero alle proprie leggi e soggiogarono la vanità delle levatrici che impaurite della propria ignoranza cedevano poco a poco le loro armi alla giustizia dei tempi. Di mano in mano che la fama di questi chirurghi cresceva, diminuiva il credito verso le levatrici e più lavori comparivano, e più operazioni si facevano, cresceva lo slancio degli innovatori e maturavasi il concetto che un gran numero di malattie e di morti delle gravide, delle partorienti e delle puerpere dovesse addebitarsi alla imperizia delle levatrici che non chiamavano a tempo opportuno il medico.

Si conobbe la necessità di provvedere a questo stato di cose sottoponendo le levatrici ad un regolamento, ed il primo esempio venne da Francoforte nel 1573. Ma da un lato il falso pudore di uno strepitoso numero di donne che mal volentieri si adattavano al pensiero di ricorrere nei bisogni del parto ai medici, e d'altra parte i pregiudizi e la fama che avevano preceduto e seguito la mano d'opera delle levatrici, fecero sì che queste mantennero per lungo tempo ancora la loro voga e perfino nel secolo XVI vediamo che queste erano chiamate come perite perfino dai tribunali; ed in alcuni siti della Germania la scelta delle levatrici e l'esame che dovevano sopportare era approvato dalla moglie del sindaco. Ma fortunatamente in mezzo al gran numero di levatrici ignoranti, ve ne furono di quelle che seppero elevarsi per grado di coltura e per ingegno, e già cominciavasi ad agire il benefico effetto dei molti manuali usciti esclusivamente per istruire le comari.

Nel 1555 morì una levatrice, d'origine italiana, per nome Silvia Morana, quando stava per fondare una scuola di ostetricia in Germania, precisamente ad Heidelberg.

Altre celebri levatrici e scrittrici furono Luisa Bourgeois, levatrice di Maria de Medici, Margherita Du-Tetre, Margherita Boursier, Elisabetta Hichel, Margherita Stevens, Marta Mars e Giustina Siegemund levatrice del Re di Prussia, che per prima consigliò di rompere il sacco delle acque per provocare il parto prematuro e di perforare la placenta per effettuare il rivolgimento interno nei casi di placenta previa centrale. Eravamo alla fine del XVII secolo.

« Il secolo XVIII, dice il Sacchi in una dotta conferenza, fu ancora

più fecondo di abili levatrici che lasciarono scritti e tennero scuola; fra queste in Francia la Lunel descrisse una placenta saccata, Maddalena Aubert un feto bicefalo, la Bellami e la Ridè che combatterono l'abuso della sinfisiotomia; in Inghilterra la Dunaly per la prima osò praticare colà l'operazione cesarea: altre lasciarono dei trattati di ostetricia tanto in Inghilterra che in Germania.

« In Italia troviamo una madama Ployant che nel 1790 venne eletta maestra nell'ospedale degli Incurabili a Napoli, lasciò un compendio di ostetricia, e più celebre Maria dalle Donne che nel 1799 conseguì a Bologna la laurea in filosofia e medicina, nel 1804 venne incaricata di dirigere la Scuola delle levatrici e fu inscritta fra gli Accademici Benedettini. Nè va dimenticata Anna Elisabetta Hosenburgin che si guadagnò molta stima e scrisse anche un libro di ostetricia in tedesco. »

Mentre l'ostetricia francese, olandese e svedese facevano rapidi progressi, rimanevano però indietro l'Italia, la Germania e l'Inghilterra. Qua e là notavasi l'influenza nociva della fiducia esagerata nelle levatrici. Vi furono anche dispute e il Dionis cita un libro anonimo di un prete il quale voleva ritornare all'antico e sconsigliava le partorienti a farsi assistere dagli uomini.

La Marche, Hecquel ed altri sostennero lo stesso principio, ma vi furono degni competitori fra i quali De La Motte, Dionis, ecc. Nuovi studi di fisiologia, di anatomia, di fisica, nuovi istrumenti di ostetricia incalzavano però verso nuovi orizzonti e cominciavano aprirsi le porte al secolo XIX.

Riferisce il Cuzzi, con documenti alla mano, che presso quasi tutte le nazioni nella seconda metà del secolo XVIII ed anche prima per alcune, sorsero Maternità e Scuole di ostetricia dimostrative. Queste scuole venivano a completare l'istituzione della Università che in alcune nazioni avevano preceduto di parecchi secoli. Nel nostro secolo primeggiano appunto i nomi di tre celebri levatrici, madama Elisabetta Kelin, madama La Chapelle e madama Boivin.

Pochi paesi rimasero addietro nel progresso, cioè la Turchia, l'Asia, l'Egitto, la China ed il Giappone.

Siamo oramai giunti al secondo periodo delle levatrici dopo la scoperta della stampa e del nuovo mondo, e cioè a quel grado di coltura che stabilisce un limite netto fra le levatrici empiriche del periodo pre-

cedente. Questo rispecchia l'ignoranza, il pregiudizio, la pratica volgare; quello una classe di donne, di una certa cultura, avviate ai precetti della scienza, guidate dalla legge di natura, accompagnate dal buon senso e sottomesse al volere degli ostetrici, unici padroni dell'ostetricia.

Infatti se nel secolo XVI questa specialità era incorporata colla chirurgia, nel secolo nostro è completamente divisa da questa, ed anzi si è congiunta alla ginecologia togliendo anche questa branca da quella. Siamo dunque giunti alla levatrice moderna, che non può essere trattata in questo capitolo, perchè la conquista di nuovi veri scientifici della seconda metà del nostro secolo hanno completamente trasformata nei suoi fini anche la levatrice del risorgimento.

CAPITOLO III.

La levatrice moderna.

Ciò che caratterizza per me il periodo moderno della levatrice è la conoscenza delle cause della febbre puerperale e di quell'alto progresso degli studi medici, che hanno aperto la via alle indagini microscopiche e sperimentali, alla applicazione della igiene e della profilassi delle malattie contagiose ed infettive, non che alla perfezione della ricerca delle leggi anatomiche, fisiologiche, fisiche, chimiche e meccaniche, che regolano la funzione generativa della donna, dalla nascita alla pubertà, nella gestazione, nel parto e nel puerperio, sia nello stato di salute, sia in quello di malattia.

Quel complesso dunque di cognizioni che hanno sollevato le levatrici dagli artigli dell'empirismo, per elevarle al grado di competenza scientifica, fino al punto di essere il più delle volte l'unico ausiliario del medico pratico o dell'ostetrico; quell'assieme di modestia, di temperanza, di saggezza, che hanno spodestato l'albagia, la temerità e l'ignoranza delle comari preistoriche; quella conoscenza di sè che le levatrici d'oggi hanno sulle levatrici di un tempo e la sottomissione ai regolamenti e la subordinazione al giudizio dei medici siano o no specialisti, costituiscono per me l'era novella delle levatrici, che io mi sforzerò, per quanto le mie forze lo permettono, di analizzare in tutti i suoi coeficienti.

È appunto questa analisi di tutti i momenti propizii e sfavorevoli per la classe delle levatrici che mi condurrà poscia alla sintesi di quei fenomeni che se da un lato hanno condotto alla inamovibilità di questa classe di donne nell' ordine sociale; dall'altro lato spingono a decifrare quei limiti ai quali deve giungere la levatrice moderna, per essere alla altezza della scienza, utile alla società, e mostrare infine quali sono i fattori che condurranno alla perdizione non delle levatrici, ma di quelle donne che ingiustamente ed in modo, direi quasi criminoso, si appropriano questo nome, senza appropriarsi i propri doveri e le proprie responsabilità.

* * *

La prima teoria sulla infezione risale a più di tre secoli avanti la venuta di Cristo, ad Ippocrate, e questa teoria doveva regnare più di 900 anni, giacchè al tempo della civiltà araba, successa alla civiltà greca e romana, si credeva che l'infezione puerperale fosse dovuta a *ritenzione di lochi.*

Alcuni credenti a questa teoria hanno sopravissuto fino all' epoca del risorgimento, cioè nel secolo XVI. Nel 1631 (1), fu escogitata dal Sennert la teoria della *metastasi lattea,* la quale fu condivisa da ostetrici illustri e sebbene il Mirabelli (2) prima ed il Bichat (3), dimostrassero al principio del nostro secolo che i depositi a distanza di latte non erano che raccolte di marcia, quella credenza ha fatto il giro del mondo. Essa doveva prendere tali radici da essere trasmessa come dogma da generazione in generazione ed anche oggi, a dispetto della bacteriologia, da molte madri che perdono le figlie per una febbre puerperale, e dalle vecchie levatrici che non hanno progredito che nella ignoranza, si crede che la *pioemia* sia il *latte che si sparge per la vita.*

Altre teorie meno fortunate furono, quella della *metro-peritonite,* che faceva dipendere cioè la febbre delle puerpere da infiammazione del-

---

(1) SENNERT. « Op. omn., » tom. IV, libr. IV, parte II, cap. 11.

(2) MIRABELLI. « Ricerche intorno alla natura di alcune materie animali, ecc. » Milano, 1796.

(3) BICHAT. « Anat. gen., » tom. III, « Syst. nerv. »

l'utero e del peritoneo; altra teoria quella che considerava una *specie a sè* la febbre delle puerpere.

Chi doveva concepire l'idea più felice fu Junker che fece dipendere questa febbre dal *traumatismo puerperale.*

Questa teoria doveva essere completata nella seconda metà del nostro secolo, quando scoperto l'agente specifico della febbre, si comprese che il *traumatismo puerperale* costituiva la sua porta di entrata nell'organismo.

Che cosa è dunque la febbre puerperale? Questo nome deve comprendere tutte le infezioni delle puerpere, dipendenti da germi speciali o dai loro prodotti circolanti nell'economia animale, principalmente assorbiti dalle soluzioni di continuo che derivano dal traumatismo del parto.

Dico principalmente perchè vedremo a suo tempo che i germi della infezione possono penetrare per altre vie. Ph. Semmelweis (1), studiando le cause della febbre puerperale nella Maternità di Vienna, emise nel 1847 l'opinione che potesse dipendere dal *virus cadaverico* trasportato sulle ferite genitali.

L'opposizione fatta a questo precursore delle idee di Lister, ma di questo meno fortunato, toccò il superlativo. Non gli toccò la tortura fisica decretata a Galileo perchè la terra si moveva, solo perchè il tempo aveva già dato ragione a Galileo.

Fu il Bischoff nel 1875 (2) che tagliò la testa al toro colle proprie esperienze e rivendicò la buona teoria di Semmelweis. Fu Bischoff il primo a dimostrare che per distruggere la febbre puerperale nelle Maternità, era necessario di adottare severe misure antisettiche. Le conquiste del campo ostetrico dovevano associarsi a quelle del campo chirurgico; il traumatismo puerperale doveva accomunarsi con le ferite chirurgiche; Semmelweis e Lister dovevano capitanare la nuova scuola contro l'infezione, ed ecco costituito il regno dell'antisepsi. Con questo regno dunque comincia il periodo delle levatrici moderne.

Ripasserò in breve rassegna le cognizioni che si successero le une alle altre, nel periodo di 20 anni, con la rapidità del fluido magnetico ed

---

(1) SEMMELWEIS. « Die Aetiol. d. Beg. u. d. Prophyl. d. Kindbettfieb. » Liepzig, 1861.

(2) BISCHOFF. « Z. Profil. d. puerperalfieb. » *Corresp-blatt f. Schvvz. Aert.*, 1875.

elettrico. Da tutto quello che raccoglierò potranno desumere le levatrici, quello che furono, quello che sono e quello che devono diventare.

Le monografie ed i trattati usciti in Italia e fuori d'Italia dal 1875 al 1890 sono numerosissimi, ed io non mi occuperò di fare ciò che altri con maggior lena e maggiori meriti ha fatto, riepilogando cioè tutto il valore intellettuale, pratico e clinico che si è discusso ed approvato in quel periodo di quindici anni. Io mi occuperò piuttosto di ripetere lo stesso lavoro dal 1890 al 1895 e per la parte generale mi servirò dei recentissimi trattati di ostetricia minori del Cuzzi, troppo presto rapito alla gloria degli studi, della patria e dell'Ateneo pavese, del Barone di Napoli e del Fournier di Parigi, di cui è pubblicato il 1.° volume. Per la parte tutta moderna e che riguarda le monografie e gli articoli stampati nei diversi giornali scientifici delle varie nazioni, mi occuperò io stesso di rivistare i lavori più importanti che ho cercato fra la ricca letteratura.

Riguardo ai trattati non è a credersi che siano usciti solo quelli del Cuzzi (1), del Barone (2) e del Fournier (3), giacchè anche in Germania, in Inghilterra, in Spagna, in Russia, in America, ecc., sono usciti dei compendii pregevolissimi, ma io mi sono occupato dei sopracitati esclusivamente perchè, oltrechè più alla mano, sono usciti al pubblico proprio alla fine del 1894 e quello del Cuzzi con la 3.ª edizione. Mi sono servito pure di un « Manuale tecnico di bacteriologia, » edito nel 1894, per la seconda volta, dal nostro Bordoni-Uffreduzzi, allievo del Bizzozero, professore nella R. Università di Torino (4).

Partendo dunque dal concetto moderno della natura della febbre puerperale, ripeto che perchè essa si verifichi, bisogna che nel canale genitale esistano soluzioni di continuo e microorganismi preesistenti, o venuti da poco dall'esterno.

Lo stato di traumatismo puerperale costituisce il terreno di coltura dei microbi della febbre puerperale. Microorganismi, microbi, micropa-

---

(1) Cuzzi A. « Manuale per le levatrici. » F. Vallardi, Milano, 1894.

(2) Barone A. « Manuale di ostetricia minore. » F. Vallardi, Milano, 1894-1895.

(3) Fournier. « Manuale completo per la levatrice. » Vol. I, Libreria di J. B. Baillière et fils, Paris, 1894.

(4) Bordoni-Uffreduzzi. « I microparassiti nelle malattie da infez. » F. Vallardi, Milano, 1894.

rassiti, bacteri, sono denominazioni generali, sinonimi che servono non solo per caratterizzare l'infezione di cui ci intratterremo, ma anche di tutte le altre che non possono interessare la levatrice che in via accidentale o per analogia.

I bacteri per la loro essenza rappresentano gli *ultimi anelli della specie vegetale;* per la loro forma si distinguono in *cocchi* (sferici), in *bacilli* (bastoncini), in *spirilli* (spirali); riguardo alla loro azione in *patogeni* o non *patogeni.* Riguardo a questa ultima divisione conviene notare che fra i batterî parassitari alcuni sono detti *assoluti,* quelli che vivono sempre parassiti e crescono nell'organismo vivente o tutto al più nei prodotti di sua escrezione; altri batteri sono chiamati *facoltativi,* perchè d'ordinario vivono nel mondo esterno e solo accidentalmente annidano e si sviluppano nell'organismo vivente; altri infine sono designati con la denominazione di *saprofiti,* che vivono esclusivamente nella materia disorganizzata e priva di vita.

Che fra questi batteri esistano anelli di congiunzione tali che teoricamente non sia giusta la suesposta classificazione, a noi non importa, giacchè essa ci sarà utile scolasticamente parlando e praticamente.

Così pure a noi non riguarda se i microorganismi capaci di determinare la febbre puerperale, sono pure causa determinante di altre infezioni, purchè essi rispondano alle esigenze stabilite da Koch per i germi specifici di una data malattia.

Dal 1865 al 1890, in Italia e fuori d'Italia, fu un succedersi di lavori sperimentali, i quali assodarono il concetto di una specificità della febbre puerperale, giacchè i germi scoperti come causa determinante, erano prevalentemente quelli che si potevano coltivare in dati terreni di coltura ed, inoculati negli animali, erano capaci di riprodurre la sintomatologia propria e il reperto necroscopico della febbre puerperale.

Questi microorganismi appartengono a due categorie di bacteri e cioè ai piogeni ed ai saprogeni. I piogeni devono considerarsi come germi delle suppurazioni ed i saprogeni come germi delle putrefazioni; i primi sono patogeni, i secondi non patogeni, ossia appartengono ai saprofiti; questi si contentano di vivere alla superficie del corpo, nutrendosi dei liquidi e delle accidentali sostanze morte che vi si trovano, quelli, oltre vivere alla superficie del corpo, si possono diffondere per mezzo dell'assorbimento per tutto l'organismo.

Tanto i piogeni che i saprogeni, nutrendosi e moltiplicandosi danno luogo a prodotti tossici, a sostanze di regressione, a corpi chimici, a veleni insomma, che possono venire assorbiti dall'organismo vivente.

I piogeni producono le cosidette *tossine* che assorbite danno la setticemia, forma grave da infezione del sangue per assorbimento di quelle sostanze settiche; danno invece la *pioemia* quando vengono assorbiti i germi capaci di produrre marcia a focolai in diverse parti dell'organismo (ascessi metastatici, marcia o pus a distanza). Dunque i piogeni danno infezione locale e generale.

I saprogeni invece agiscono in modo tossico sull'organismo per causa dei prodotti del loro ricambio, in forma di sostanze organiche amorfe (senza forma) o diastasi (fermento), o altrimenti a sostanze organiche basiche *(ptomaine),* le quali hanno una azione fisiologica speciale ed assorbite dal sangue, sono fortemente nocive e danno luogo a quella forma d'infezione che si chiama *saproemia.* Se per i germi piogeni nella febbre puerperale si è avuta la « prova bacteriologica appoggiata sul triplice criterio di Koch » sopra enunciato, non è ancora stata data per i germi della putrefazione o saprogeni, quantunque molte esperienze vi siano già favorevoli.

Però oltre i piogeni ed i saprogeni come causa della febbre puerperale vanno ricordati altri veleni studiati dal Pelacani, Foà, Gautier, Bouchard e Cabadé, e che si denominano *leucomaine* (alcaloidi, da *leucoma* parola greca che significa bianco d'ovo) e che si rinvengono nei succhi dei tessuti contusi. Quindi si possono benissimo formare in seguito al traumatismo del parto.

Fra i piogeni troviamo due generi che appartengono alla famiglia dei cocchi (o bacteri sferoidali) e dei bacilli (bacteri a forma di bastoncini), lo streptococco e lo stafilococco piogeno. Parecchie specie anzi di questi bacteri contribuiscono a caratterizzare l'entità della febbre puerperale: lo streptococco *pyogenes,* lo *staphilococcus pyogenes aureus albus, citreus, flavus* (secondo il diverso colore della marcia che producono); il *micrococcus pyogenes tenuis;* il *bacillus pyogenes foetidus.* Per incidenza dirò che gli streptococchi sono cocchi che hanno tendenza a formare delle file contorte (*streptos* = torto); gli stafilococchi si dispongono a grappolo (*stafile* = grappolo).

Per dare un'idea delle lesioni assai diverse che può dare una sola

specie di questi bacteri, ricorderò lo streptococco, che se entra nei vasi linfatici della cute dà luogo alle risipole, depositato nelle valvole del cuore cagiona l'endocardite, nel connettivo sottocutaneo l'ascesso, nell'utero puerperale la febbre di cui parliamo. Figurarsi, e lo vedremo in seguito, quali altri effetti si produrranno se diverse specie di germi patogeni si uniscono a quelli non patogeni, così detti perchè per loro stessi non producono malattia ma per i veleni cui danno origine, se assorbiti.

I germi saprogeni appartengono al genere proteo (materia prima) e fra quelli che ci interessano abbiamo il *proteus volgaris*, *mirabilis*, *zenkeri*, *hominis* e *capsulatus*. Anche i saprogeni si possono presentare sotto forma di cocchi, di bacilli, di filamenti e di spirilli, ma mentre le prime due specie si riproducono per scissione (scissomiceti), le seconde non presentano mai traccie di segmentazione, per cui secondo Hauser (1) questi microorganismi formano un anello di congiunzione fra i scissomiceti e gl' ifomiceti (funghi filamentosi),

Tutti i bacteri delle malattie infettive furono chiamati già funghi *microscopici* (Cohn), ma per quanto l'opinione generale li ritenga vegetali, è altrettanto vero che di questi microorganismi alcuni rassomigliano al regno vegetale (alghe) ed altri al regno animale (monadi).

Con più ragione Haeckel li classificava nel regno dei *protisti* che sono quegli esseri viventi di piccolezza massima, che formano l'anello di congiunzione fra le piante e gli animali.

Per questo l'*infusorio* è paragonato alla cellula animale composta di protoplasma, nucleo e membrana involgente. Lo studio della biologia dei microorganismi (manifestazioni vitali), ha mostrato che una data forma di microrganismi acquista modificazioni di forma e di proprietà secondo le diverse condizioni di vita. Le variazioni di forma (morfologia) sono *naturali* se avvengono spontaneamente per azione della temperatura o del mezzo di nutrizione, ed *artificiali* se questi stessi mezzi sono procurati ad arte dallo sperimentatore. Inoltre possono mutare le proprietà intrinseche alla funzione vitale dei microorganismi (fisiologia), se per speciali condizioni perdono della loro virulenza (attenuazione), p. e. ad una data temperatura.

---

(1) HAUSER. « Ueber Fäulnissbacterien. » Leipzig. 1885.

In tutto ciò i microorganismi ubbidiscono alle stesse leggi degli altri esseri viventi, per le quali possono acquistare proprietà diverse e confondersi fra loro come più sopra ho detto, dando ragione alla idea teorica che non ammette la distinzione fra patogeni e non patogeni.

Parlato così in via generale dei generi e delle specie diverse dei microorganismi, stabilito come un gran numero di essi sia polimorfo, spiegato perchè abbiamo accettato una classificazione pratica in piogeni (patogeni) e saprogeni (non patogeni), detto del loro mezzo di moltiplicazione (scissione), della loro azione (produzione di pus, di tossine, di ptomaine), dirò ora in succinto della straordinaria diffusione dei microbi occasionanti la febbre puerperale e della morbilità, mortalità ed epidemie per la medesima.

Considerando come la terra, l'aria, l'acqua, tutti gli oggetti che ci circondano, i vestiari, la superficie esterna ed interna (mucose) del corpo, possono albergare microorganismi; considerando come per questi, basti una quantità minima di materiale nutritivo per moltiplicarsi si comprende benissimo che la diffusione di tali microorganismi deve essere rapidissima, tanto più che se alcuni hanno bisogno di sostanze morte ed altri di sostanze vive, ve ne sono di quelli facoltativi, ossia che si adattano a qualunque genere di vita.

Un solo cmc. di acqua di un pubblico lavatoio contiene circa 26 milioni di microbi. Se questa goccia d'acqua cadesse in un terreno propizio per la colonizzazione dei microorganismi, in poche ore da milioni salirebbero a miliardi.

Che cosa pensare se cadessero sopra una ferita recente o se penetrassero nella cavità dell'utero di recente puerperale? Si può immaginare e non descrivere. La febbre di cui noi solamente ci occupiamo e che giustamente fu chiamata il flagello delle Maternità, è cagionata solo da alcune specie di questi microorganismi e specialmente dallo streptococco.

Con tutto questo Lefort (1), Hirsch (2), Winkel (3), Hervieux (4),

---

(1) Lefort. « Les Maternités, » 1865.

(2) Hirch. « Haudb. d. histor. geograph. Patholog. » 1864.

(3) Winkel. « Path. und therap. d. Woch. » Berlin, 1888.

(4) Hervieux. « Trait. clin. et pratiq. d. mal. puerp. » Paris, 1870.

Corradi (1), hanno fatto la storia di epidemie che fecero lo sterminio d'innumerevoli madri, più che non facesse il vaiolo, la scarlattina e il colera. E tutto questo prima del 1875.

Prima di parlare delle forme locali e generali cui possono dar luogo i piogeni e i saprogeni, è bene ch'io ricordi ancora che non è rigorosamente vero che il *pus* o la marcia sia unicamente prodotto dai germi piogeni. Vi sono suppurazioni senza l'intervento di microorganismi o per il solo intervento di *protei* o germi della putrefazione. Questo dipende dall'azione diretta di sostanze chimiche irritanti primitive (p. es.: trementina, calomelano), o elaborate secondariamente dai protei.

Ma ripeto per l'ultima volta, per le cognizioni che spettano alle levatrici, non è necessario di essere scientificamente rigorosi, e siccome i germi che producono la febbre puerperale sono principalmente di due origini, da piogeni e saprogeni, ossia da microorganismi patogeni e non patogeni, secondo i criteri pratici da noi esposti, così è utile accettare quest'ultima classificazione. Ritenga solo per assioma la levatrice che le specie dei bacteri si confondono tra loro, si trasformano di nuovo e sono tutte nocive alla salute, ma che per la sostanza con cui si presentano i processi biologici di quelle famiglie meglio studiate, è provato che i germi della suppurazione non sono quelli della putrefazione, che gli uni vivono nelle sostanze vive e gli altri nelle sostanze morte.

Una volta penetrati i piogeni e i saprogeni nell'organismo della puerpera, una volta assorbite quelle sostanze chimiche che si formano dal succo delle carni contuse delle partorienti (leucomaine), danno luogo a forme locali e generali che il prof. Cuzzi (2) ha nosograficamente distinto nel seguente modo:

MANIFESTAZIONI LOCALI

« 1.° *Vulvite ed ulcera puerperale.* — Sono prodotte da piogeni che si innestano sulle lesioni traumatiche della vulva.

« 2.° *Colpite.* — È pure dovuta a piogeni che si innestano sulle lesioni della vagina e della *portio vaginalis* del collo dell'utero.

« 3.° *Metrite.* — È pure dovuta ai piogeni che si innestano

(1) CORRADI. « Storia dell'Ostetricia in Italia. » Bologna, 1874.

(2) CUZZI. « Patogenesi e profilassi della febbre puerperale. » Collezione italiana di lettura sulla medicina, Serie VI, N. 5, F. Vallardi, Milano.

MANIFESTAZIONI LOCALI

sulla mucosa del corpo dell'utero e che si approfondano più o meno in grembo al tessuto sottostante.

« 4.° *Salpingite ed ovarite.* — Sono dovute per lo più ai piogeni che penetrati nel lume delle tube ivi si innestano e giungono fino in corrispondenza dell'ovaio.

« 5.° *Parametrite.* — È parimenti dovuta ai piogeni che mediante le maglie del connettivo, o mediante i linfatici, dalla superficie del canale genitale si infiltrano nel tessuto parauterino.

« 6.° *Perimetrite e peritonite.* — Sono pure dovute a piogeni che per la via dei linfatici o del connettivo o delle tube vengono ad innestarsi nel peritoneo. »

MANIFESTAZIONI GENERALI

« 1.° *Febbre traumatica asettica.* — È un avvelenamento del sangue dovuto all'assorbimento di leucomaine, prodotto dalla contusione dei tessuti durante il parto.

« 2.° *Sapremia.* — È un avvelenamento del sangue dovuto all'assorbimento di ptomaine prodotto dai saprogeni che si innestano sui tessuti morti e sui liquidi stagnanti nel canal genitale.

« 3.° *Setticemia.* — È un avvelenamento del sangue dovuto all'assorbimento di tossine elaborate dai piogeni innestati sui genitali e regioni vicine. Complica quindi sovente le forme locali della febbre puerperale: talvolta si ha la setticemia acutissima, in cui la forma locale non ha tempo a manifestarsi.

« 4.° *Pioemia.* — Si ha pioemia quando i piogeni insieme a frustoli di tessuto (detriti di trombi disgregati e globuli di pus), penetrando nel circolo, danno luogo a focolai embolici secondarii nei polmoni, nel cervello, nel fegato, nei reni, ecc.

« 5.° *Endocardite o septicopioema.* — Si ha septicopioemia quando i piogeni, accidentalmente circolanti nel sangue nella setticemia, si soffermano in corrispondenza delle valvole cardiache anteriormente lese, le infiammano, dando poi luogo a fatti embolici piemici secondari. »

Dal lato dei piogeni va pure notato che le indagini bacteriologiche e gli studi clinici, hanno stabilito che l'infezione da stafilococchi è più leggera che quella da streptococchi.

(Continua).

TRADUZIONI

Dal 2.° volume delle pubblicazioni della Clinica ostetrico-ginecologica di Dresda

I risultati prossimi e remoti dell'isterectomia vaginale per carcinoma
E SUL MODO DI PREVENIRE LA RECIDIVA

DEL

Prof. G. LEOPOLD

Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica di Dresda (1)

TRADUZIONE DEL DOTT. **ADOLFO MOTTA**

Assistente volontario alla Clinica suddetta.

I miglioramenti o le guarigioni ottenute finora coll'isterectomia vaginale per carcinoma o sarcoma hanno sempre destato l'attenzione e il massimo interesse del mondo medico; e non potremmo certo meglio giungere a quel progresso che in tale operazione dobbiamo avere di mira se non tenendo conto esatto della durata della vita o del perfetto stato di salute dell'operata, paragonando ancora il risultato ottenuto colla propagazione anatomica del neoplasma, osservata sia sul vivo che sul preparato microscopico.

Negli anni scorsi furono pubblicati numerosi prospetti e lavori degni di nota su tale argomento, tra i quali mi compiaccio di citare quelli del Fritsch, dello Schauta, del Kaltenbach, nonchè quelli della Clinica ostetrica ginecologica dell'Università di Berlino.

Dei casi operati alla Clinica di Dresda io stesso (2) ho notificato i 42 primi, di

(1) Il lavoro fu scritto nell'inverno 1893-94. Un compendio del medesimo fu letto nella seduta del Febbraio 1894 della « Gesellschaft für Natur und Heilkunde, » fu munito d'aggiunte nel Luglio 1894.

(2) *Arch. f. Gyn.*, vol. 30.

altri 38, come pure della successiva sorte delle prime 42 operate, in tutto dunque di 80 casi, ha riferito Münchmeyer (1).

Trascorsi dalla data dell'operazione dei medesimi più di 2, rispettivamente 4 anni, ebbe ancora ad occuparsene il dott. Leisse già mio assistente nel 1891. Nel frattempo il numero delle isterectomie vaginali per carcinoma e sarcoma fatte in questa Clinica dall' Ottobre 1883 fino al principio del detto mese 1893, crebbe a 164 (2). M' ero dunque prefisso non soltanto di passare in rivista tutti questi casi, ma sopratutto di assoggettare le recidive ad una critica e di comunicare quanto avevo potuto esperimentare in questo frattempo sulle proprietà anatomo-cliniche del carcinoma uterino.

Dapprima alla fine d'Ottobre e ai primi di Novembre del 1892 furono invitate per lettera, come si faceva pel passato, tutte le operate ritenute ancora viventi a dare notizie sul loro stato di salute, o, se possibile, a presentarsi personalmente in Clinica per un esame di controllo. Ma ben poche aderirono a quest'ultima domanda, e ne attribuisco la causa specialmente alla stagione poco propizia. Delle altre moltissime diedero ragguagli insufficenti. Perciò furono rinnovati più volte per lettera tali inviti, mettendo a disposizione delle non abbienti il denaro occorrente per il viaggio.

In casi in cui non si potè sapere dai famigliari dell'operata l'epoca e la causa della morte, si ricorse per ragguagli alle rispettive questure e agli uffici d'anagrafe che prontamente ce li favorirono.

Da un rapido sguardo alla seguente tabella nella quale trovansi riuniti tutti i dati di tali nostre investigazioni, non si può certo formarsi un'idea precisa del lavoro e della pazienza che queste costarono, e soltanto chi attende ad eguali studi saprà apprezzare la cura e la diligenza che si richiede dal raccoglitore di simile materiale.

Il dott. Federico Schmidt, già mio assistente volontario, ora assistente nella divisione chirurgica di questo nuovo Ospedale, dall'Ottobre 1892 per mesi e mesi s'è assunto l'arduo compito di assicurarsi della sorte subìta da *tutte* le operate nostre d'isterectomia e rispettivamente d'esportazione degli annessi uterini, e con instancabile zelo e molta coscienza ha composto le tabelle. Mi compiaccio quindi di esprimergli qui i miei più sentiti ringraziamenti.

Nella seguente tabella I.ª trovansi successivamente registrate tutte le 164 operate secondo la data dell'operazione, coll' indicazione della medesima, delle ultime

---

(1) *Arch. f. Gyn.*, vol. 36.

(2) Aggiunta durante la stampa dell'opera: operati sino alla fine d'Ottobre 1894, casi 190 con 10 morti = 5. 2 0|0.

notizie avute, o del reperto dell'ultimo controllo medico. Siccome le singole operarate si presentarono in epoche diverse specie dal Novembre 1892 al Maggio 1893, la maggior parte però dei ragguagli e dei controlli cade tra il Febbraio ed il Marzo 1893, si adottò quale ultimo termine della nostra osservazione il 1.° Marzo 1893 e fino a questo giorno si tenne conto della durata della vita, rispettivamente della mancata recidiva dell'operata.

Qui cade acconcia l'osservazione esplicita che potremo forse esser incorsi in qualche errore, prendendo in considerazione la possibilità che un'operata constatata p. es. nel Gennaio 1893 ancor perfettamente sana sia stata forse colta improvvisamente da recidiva alla fine di Febbraio, senza che ricevessimo ulteriori sue notizie. Tali fonti d'errore non si potranno però mai escludere del tutto. Affinchè i risultati finali dell'operazione cadano tosto sott'occhio, si divisero le operate nelle ultime rubriche della tabella in *viventi* e *morte* colla nota *senza* o *con recidiva*. Di più, sempre per comodo del lettore, la cifra grande significa anni e la piccola mesi (per es. **3**. 11 = 3 anni, 11 mesi).

TABELLA PRIMA.

Carcinomi (inclusi 2 Sarcomi).

Num. progressivo	Nome	— = in vita † = morta R = recidiva	Giorno dell'operazione	Dietro richiesta per lettera: Risposta	Dietro richiesta per lettera: Ultimo controllo alla Clinica	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: senza recidiva	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: con recidiva	Decessa dopo l'operazione: senza recidiva	Decessa dopo l'operazione: con recidiva	Osservazioni
						Anni Mesi	Anni Mesi	Anni Mesi	Anni Mesi	
1	Kr.	—	1883 11|10	16|3|93. Mi sento bene. Il mio stato di salute è discreto.	—	9 5	—	—	—	—
2	Kir.	—	12|10	—	31|5|93. Cicatrice netta. Non c'è traccia di recidiva. Prolasso tot. vaginale, ridotto mercè un anello del Meyer. 7|94: stato perfetto.	9 6	—	—	—	—
3	H. Richt.	—	1884 11|9	22|2|93. Sono soddisfatta del mio stato di salute.	28|2|93. Aspetto florido. Guancie rosee. Non ha perdite di sangue. Cicatrice netta. Nessuna traccia di recidiva.	8 6	—	—	—	—
4	M. (Sarcoma).	† R	29|9	—	—	—	—	—	0 8	Decessa nel Giugno 1885 per recidiva.
5	A. Richt.	—	30|9	29|10|92. Sto molto bene.	28|2|93. Aspetto florido. Guancie rosee. Non ha perdite sanguigne. Nessuna traccia di recid.	8 5	—	—	—	—
6	Mül.	†	2|12	—	—	—	—	21 giorni	—	Morta al Manicomio il 23|12|84. Autopsia: meningite basilare tubercolare. Nessuna traccia di processo infettivo.
7	Schnei.	† R	11|12	—	—	—	—	—	0 7	Decessa per recidiva nel Luglio 1885.

				dale di Dresda per stenosi rettale conseguente ulcerazione. Non ha perdite di sangue.						
10	G.	†	10|5	—	—	—	—	5 giorni	—	Morta 5 giorni dopo l'operazione per peritonite settica.
11	Fisch poi Thiemel nata Agstan.	—	4|6	—	11|92. Cicatrice netta. Nessuna traccia di recidiva. Sta bene.	7 5	—	—	—	—
12	W. N.	†	13|6	—	—	—	—	6 settimane	—	Morta 6 settimane dopo l'operazione, esausta. Autopsia: peritonite purul. saccata.
13	Wern.	—	18|6	23|2|93. Mi sento benissimo, rinvigorita.	—	7 8	—	—	—	—
14	Blas.	—	3|7	26|10|92. Salute buona. Nessun disturbo.	27|2|93. Sta bene. Buon aspetto. Cicatrice netta. Nessuna traccia di recidiva.	7 8	—	—	—	—
15	Th. Fun.	—	11|7	28|10|92. Sto benissimo.	24|2|93. Aspetto florido. Cicatrice netta. Nessuna traccia di recidiva.	7 7	—	—	—	—
16	Rost.	†	24|7	—	—	—	—	1 9	—	Decessa nella metà di Aprile 1887 per tisi.
17	Erdm.	†	20|9	—	—	—	—	?	—	Non conosciamo l'epoca del decesso. Morì nel Stadt Irren. und Siechenhaus, di malattia mentale.
18	Sieb.	— R	3|11	25 | 10 | 92 (ragguaglio del marito). La mia signora da tre mesi va vieppiù indebolendosi. Perde sangue nella defecazione. Però non avverte scolo di sangue o di pus dai genitali. Gonfiore e dolore alla gamba sinistra. Decubito.	—	—	6 7	—	—	Reperto prima della risposta: recidiva, carcinoma pelvico alla parte sinistra.

Num. progressivo	Nome	— = IN VITA † = MORTA R = RECIDIVA	Giorno dell'operazione	Dietro richiesta per lettera: Risposta	Dietro richiesta per lettera: Ultimo controllo alla Clinica	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: senza recidiva	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: con recidiva	Decessa dopo l'operazione: senza recidiva	Decessa dopo l'operazione: con recidiva	Osservazioni
						Anni Mesi	Anni Mesi	Anni Mesi	Anni Mesi	
19	Schütt.	† R	1885 10|11	—	—	—	—	—	1 3	Morta per recidiva ai primi di Febbraio 1887.
20	Glan.	—	19|11	—	8|12|92. Nessuna traccia di recidiva. Cicatrice netta. Si sente benissimo.	7 0	—	—	—	—
21	Frit.	† R	26|11	—	—	—	—	—	circa 1 5	7|10|86 Recidiva. Decessa il 16|4|87. Uff. anagrafe. Carcinoma della vescica e dell'utero.
22	Hen.	† R	1886 6|1	—	—	—	—	—	circa 0 9	Recidiva dopo 2 mesi. Morta il 27|9|86.
23	Stra.	—	19|1	4|3|93. Sta bene (ragguaglio di una conoscente).	—	7 2	—	—	—	—
24	Herz.	—	26|1	1|3|93. Stato di salute pienamente soddisfacente.	8|5|93. Cicatrice netta. Nessuna traccia di recidiva. Florido aspetto.	7 3	—	—	—	—
25	Oett.	—	4|2	9|3|93. Stato di salute ottimo. Mi sento benissimo.	21|4|93. Cicatrice netta. Nessuna traccia di essudato. Parametri indenni. Alla palpazione, nessuna sensibilità. Nessuna traccia di recidiva.	7 0	—	—	—	—
26	Köh.	—	5|2	12|2|93 (ragguaglio del genero). Sta benissimo.	—	7 0	—	—	—	—
27	Thie.	—	2|3	—	26|2|93. Sto bene. Orino come prima.	7 0	—	—	—	—
28	Len.	† (1)	6|3	—	—	—	—	2 5	—	Morta il 2|8|88 per en-

				gior quantità d'orina dalla vagina.							
31	Berth.	—	21|5	--	Principio Novembre 92. Cicatrice netta. Nessuna traccia di recidiva. Sta bene.	6 6	—	—	—	—	
32	Behr.	—	30|6	20|2|93 (medico curante). Salute ottima. Nessuna traccia di recid.	27|2|93. Aspetto florido, nessuna traccia di recidiva.	6 8	—	—	—	—	
33	Bes.	— R	2|7	25|10|92. Soddisfattissima del mio stato di salute.	8|12|92. Si sente bene. Bene in carni. A destra della cicatrice un nodo della grandezza d'un pisello, mobile. Recidiva?	—	6 5	—	--	Recidiva?	
34	Not.	† R	24|7	—	—	—	—	—	3 11	Morta nel Giugno 1890. Mancano notizie precise.	
35	Kumm. nata Diettrich.	† R	14|8	—		—	—	—	5 1	Morta il 28|9|91. Recidiva.	
36	Schmidt.	† R	16|9	—	—	—	—	—	0 6	Recidiva dopo 4 settimane con diffusione al fornice vaginale posteriore. Caso all'estremo dell'operabilità. Morta il 11|3|87.	
37	Klein.	—	15|10	25|2|93 (marito). Soffre di catarro di stomaco. Del resto si sente bene. Completamente guarita dai disturbi che aveva prima dell'operazione. 10|5|93 (marito). Mi spiace doverle comunicare che la mia signora ha talmente perduto le forze causa il diabete che per ora è impossibile aderisca alla sua domanda di presentarsi per una visita di controllo.	—	6 7	--	--	—	—	

(1) La L. registrata nei precedenti lavori quale recidiva morì (secondo informazioni dell'Ufficio d'Anagrafe) 2 anni e 5 mesi dopo l'operaz. per poliartrite acuta.

Num. progressivo	Nome	— = in vita † = morta R = recidiva	Giorno dell'operazione	Dietro richiesta per lettera: Risposta	Dietro richiesta per lettera: Ultimo controllo alla Clinica	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: senza recidiva	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: con recidiva	Decessa dopo l'operazione: senza recidiva	Decessa dopo l'operazione: con recidiva	Osservazioni
						Anni Mesi	Anni Mesi	Anni Mesi	Anni Mesi	
38	Arlt.	—	1886 22|10	28|10|92. Sto benissimo.	14|11|92. Nessuna traccia di recidiva. Cicatrice netta. Sta bene.	6 1	—	—	—	—
39	Rasch.	†	1887 4|1	—	—	—	—	4 giorni	—	Morta il 4.° giorno dopo l'operazione. Autopsia: occlusione intestinale.
40	Böh.	† R	2|2	—	—	—	—	—	1 0	Morta il 9|2|88. Recidiva.
41	Reick.	—	2|3	13|2|93. Salute perfetta, l'8 Maggio 93 viveva ancora.	—	6 2	—	—	—	—
42	Mül. nata Blächte.	† R	17|3	—	—	—	—	—	3 5	Morta il 14 Agosto 1890: Recidiva. Autopsia: tumore piuttosto solido della grandezza d'una mela in vicinanza dell'ultima vertebra dorsale aderente al mesenterio.
43	Hil.	—	24|5	4|3|93. Sto benissimo.	14|2|92. Senza traccia di recidiva, si sente bene.	5 9	—	—	—	—
44	Hen.	† R	21|6	—	—	—	—	—	0 10	Morta il 26|4|88. Recidiva.
45	Frem.	— R	28|6	—	Fine Marzo 93. Parete vaginale poster. tutta infiltrata, facilmente sanguinante, copiosa secrezione. Da un anno e 1|2 scolo sanguigno. Recidiva.	—	5 9	—	—	Recidiva.
46	Her.	—	26|7	—	25|2|93. Aspetto flori-	5 7	—	—	—	—

										starbi di prima sto discretamente, del resto soffro molto di reumi.
48	Reck.	—	22|8	31|10|92. Sto bene.	16|3|93. Aspetto florido. Gode ottima salute. Cicatrice netta. Non c'è traccia di recidiva.	5 7	—	—	—	—
49	Jh.	†	27|8	—	—		—	5 giorni	—	Morta il 5.° giorno dopo la operaz. per periton.
50	Win.	† R	29|8	—	—	—	—	—	4 5?	Morta il 24|1|92 d'una malattia di stomaco. Metastasi?
51	Zick.	—	28|10	31|10|92. Mi sento benissimo.	27|3|93. Sta bene. Nessuna traccia di recidiva.	5 5	—	—	—	—
52	Schn.	† R	29|11	—	—	—	—	—	2 2	Recidiva al sacro e al retto. Morta il 14|1|90.
53	Mül. nata Schn.	† R	14|12	—	—	—	—	—	2 8	Ultimo controllo 8|4|89. Sta benissimo. Senza traccia di recidiva. Morta il 16|8|90.
54	Wich.	†	16|12	—	—	—	—	4 settim.	—	4 settimane dopo lasciata la Clinica morì per vizio cardiaco.
55	Neu.	† R	1888 7|2	—	—	—	—	—	2 8	Morta il 14|4|90. Recidiva a forma nodosa.
56	Rieg.	—	9|2	31|12|92. Mi sento benissimo.	22|2|93. Aspetto florido. Nessuna traccia di recidiva.	oltre 5 anni	—	—	—	—
57	Mier.	† R	24|2	22|2|93 (medico curante). La signora M. morì per carcinoma recidivo che si sviluppò principalmente verso le ossa iliache, morì esausta senza che avessi potuto osservare metastasi.	—	—	—	—	3 9	Ultimo controllo alla Clinica il 26|3|89. Sta bene, non c'è recidiva. Notizie del 26|3|89. Sta benissimo, non ritiene necessario altro controllo. Morta il 22|11|91 per recidiva pelvica.
58	Neub.	—	14|3	27|2|93. Salute ottima.	23|5|93. Non c'è traccia di recidiva. Cicatrice netta.	circa 5 2	—	—	—	—

Num. progressivo	Nome	— = in vita † = morta R = recidiva	Giorno dell'operazione	Dietro richiesta per lettera: Risposta	Dietro richiesta per lettera: Ultimo controllo alla Clinica	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: senza recidiva (Anni Mesi)	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: con recidiva (Anni Mesi)	Decessa dopo l'operazione: senza recidiva (Anni Mesi)	Decessa dopo l'operazione: con recidiva (Anni Mesi)	Osservazioni
59	Kot.	—	1888 11|4	25|10|92. Sto benissimo.	1|3|93. Sta bene. Non ha traccia di recidiva. Non ha perdita di sangue.	4 11	—	—	—	—
60	Wetz.	—	29|5	26|10|92. Sto assolutamente bene.	20|2|93. Cicatrice netta, non c'è traccia di recidiva, florido aspetto.	4 9	—	—	—	—
61	Gub.	† R	11|6	—	—	—	—	—	0 9	Morta il 6|3|89. Recidiva.
62	R.	— R	12|7	—	Novembre 92. Leggero ispessimento attorno la cicatrice. Principio di recidiva.	—	4 4	—	—	Recidiva.
63	Vie.	† R	28|7	—	—	—	—	—	2 3	Morta il 26|10|90. Recidiva.
64	Lel.	—	3|8	—	21|2|93. Aspetto buonissimo. Nessuna traccia di recidiva. Cistoma ovarico della grandezza di un pugno aderente alla cicatrice.	4 7	—	—	—	—
65	Forb.	† R	23|10	—	—	—	—	—	1 9	Morta il 18|7|90. Recidiva.
66	Eng.	—	1|11	30|10|92. Sto bene.	Principio Aprile 93. Cicatrice netta senza infiltrati. Sta bene.	4 5	—	—	—	—
67	Weinh.	—	27|11	1|11|92. Soddisfattissima del mio stato di salute.	Fine Novembre 92. Non c'è traccia di recidiva. Nel mezzo della cicatrice, che del resto è netta, una granulaz.	4 0	—	—	—	—

70	Schö.	—	7|2	2|11|92. Stato di salute ottimo.	21|2|93. Aspetto florido. Nessuna traccia di recidiva.	oltre 4 0	—	—	—		—
71	Fähr.	† R	19|2	—	—	—	—	—	1	5	Morta il 26|7|90. Recidiva.
72	Schaal.	† R	11|3	—	—	—	—	—	1	5	27|3|90. Recidiva. Fistola rettovaginale 6 cm. sopra l'orificio vagin. Morta il 18|8|90.
73	Lin. nata Schulze.	—	2|4	28|10|92. Sto bene.	28|10|92 (medico curante). Tutto perfettamente. Nessuna traccia di recidiva.	3 7	—	—	—		—
74	Kow.	—	4|4	—	4|11|92 (medico curante). Localmente tutto bene, nessuna traccia di recidiva.	3 7	—	—	—		Soffre d' un' ulcera alla gamba per cui non può presentarsi.
75	Tip.	† R	11|4	—	—	—	—	—	1	2	Morta il 14|6|90. Carcin. del fegato e dello stomaco. Peritonite. (Uff. anagrafe).
76	Ro.	† R	15|4	—	—	—	—	—	0	8	Morta 12|12|89. Carcinoma degli organi del bacino. Metastasi al fegato e allo stomaco. Esaurimento.
77	Rei.	—	30|4	—	21|3|93. Nessuna traccia di recidiva. Cicatrice netta, florido aspetto.	3 11	—	—	—		—
78	Wip.	† R	1|5	—	—	—	—	—	1	8	Morta il 27|12|90. Recidiva.
79	Ulb.	† R	7|5	—	—	—	—	—	1	3	Morta il 26|7|90. Recidiva.
80	Web.	† R	9|5	—	—	—	—	—	1	2	Morta nel Luglio 1890. Recidiva.
81	Schn.	†	1|6	—	—	—	—	6 giorni	—		Morta il 7|6|89. Autopsia: tonsillite follicolare purul. Piccoliss. focol. purul. al moncone.

Num. progressivo	Nome	— = in vita † = morta R = recidiva	Giorno dell'operazione	Dietro richiesta per lettera: Risposta	Dietro richiesta per lettera: Ultimo controllo alla Clinica	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: senza recidiva (Anni Mesi)	con recidiva (Anni Mesi)	Decessa dopo l'operazione: senza recidiva (Anni Mesi)	con recidiva (Anni Mesi)	Osservazioni
82	Dür.	† R	1889 3|6	—	—	—	—	—	0 3	Morta il 12|9|89. Recidiva.
83	Herr.	† R	22|6	—	—	—	—	—	1 3	Morta 18|9|90. Recidiva nel mezzo della cicatrice vaginale.
84	Küch.	† R	23|6	14|5|93 (marito). Le partecipo che la mia signora è morta il 5 Luglio dell'anno scorso dopo lunghe sofferenze.	21|3|93. Recidiva estesa.	—	—	—	3 0	Morta 5|7|92. Recidiva.
85	Kiu.	† R	25|6	—	—	—	—	—	0 4	Morta 30|10|89 all'Ospedale civico. Recidiva. Autopsia: carcinoma purulento dell'utero propagantesi alla vescica a forma polipo-papillare. Cistite. Edema polmon. Enfisema polm. Bronchite purulenta. Atrofia del fegato e della milza. Leg. idronefrosi. Atrof. bruna del miocardio.
86	Na.	† R	9|7	—	—	—	—	—	circa 0 9	Morta il 27|4|90. Recidiva.
87	Knü.	† R	21|8	—	—	—	—	—	1 7	Morta il 15|3|91. Recidiva dopo 5 mesi.
88	Ho.	—	7|9	13|11|92 (marito). Stato di salute sempre soddisfacente.	11|2|93. Cicatrice netta. Sta bene, senza traccia di recidiva.	3 5	—	—	—	—
89	Schul.	?	9|9	—	—	—	—	—	—	Sconosciuta in questura.
90	Pau.	—	17|9	—	14|2|93. Cicatrice netta.	3 5	—	—	—	—

										pingite purulenta. Degenerazione grassa del cuore. Edema polmonare.
94	Mei.	—	14|11	9|11|92 (marito). Stato di salute soddisfacente.	6|3|93. Sta benissimo. Cicatrice netta. Nessuna traccia di recidiva.	3 4	—	—	—	—
95	Es.	† R	1890 13|1	—	—	—	—	—	1 0	Morta il 10|1|91. Recidiva.
96	Trom.	—	14|1	Nella prima metà di Giugno 93 viveva ancora, pare goda tuttora perfetta salute. Non si è potuto indurre a presentarsi o a dare notizie più esatte sul suo stato.	—	3 5	—	—	—	—
97	Kunz.	†	28|1	—	—	—	—	—	—	Morta il 7.° giorno dall'operaz. per marasmo. Operata troppo tardi.
98	Hey.	† R	6|2	—	—	—	—	—	1 7	Morta il 2|9|91. Recidiva alla parte destra della cicatrice deg. fetida purulenta.
99	Musch.	† R	13|2	—	—	—	—	—	1 10	Morta il 8|12|91. Recidiva.
100	Tunch.	†	21|3	—	—	—	—	27 giorni	—	Congedata per suo desiderio troppo presto il 12|4|90. Morta 5 giorni dopo. Autopsia?
101	Hü.	—	5|5	4|11|92. Sto benissimo. 25|5|93. Sto bene. Ho l'intenzione di ripresentarmi.	6|6|93. Sta bene. Cicatrice netta.	oltre 3 0	—	—	—	Soffre di sciatica per cui non può presentarsi.
102	Wag.	—	9|5	30|10|92. Sto benissimo. Non avverto alcun sintoma di malattia.	13|2|93. Aspetto florido. Cicatrice netta. Senza recidiva.	2 9	—	—	—	—
103	Hiec.	† R	12|5	—	—	—	—	—	0 7	Morta nel Dicemb. 90 per crescente debolezza.
104	Pom.	— R	17|5	1|11|92 (marito). Stato nuovamente grave. Non è più trasportabile.	—	—	circa 2 6	—	—	Recidiva.

Num. progressivo	Nome	— = in vita † = morta R = recidiva	Giorno dell'operazione	Dietro richiesta per lettera: Risposta	Dietro richiesta per lettera: Ultimo controllo alla Clinica	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: senza recidiva (Anni Mesi)	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: con recidiva (Anni Mesi)	Decessa dopo l'operazione: senza recidiva (Anni Mesi)	Decessa dopo l'operazione: con recidiva (Anni Mesi)	Osservazioni
105	Köch.	—	1890 23|6	24|4|93 (ragguaglio del figlio). Non ha più alcun disturbo. Si sente molto bene. Aumentò tanto di peso che per consiglio del medico curante si recò ogni anno a Kissingen.	—	2 10	—	—	—	—
106	Mich.	—	24|6	4|11|92. Sto bene. Non ho di che lagnarmi.	12|3|93. Non ha perdite di sangue. Florido aspetto. Non c'è traccia di recidiva.	2 9	—	—	—	—
107	Reich.	† R	27|6	—	—	—	—	—	1 0	Morta 5|7|91. Recidiva.
108	Pietz.	—	7|7	—	7|11|92. Cicatrice netta. Non c'è traccia di recidiva. Sta bene.	2 4	—	—	—	—
109	M. Mül.	—	8|7	—	23|2|93. Ha florido aspetto, nessuna traccia di recidiva.	oltre 2 7	—	—	—	—
110	Haen.	† R	21|7	—	—	—	—	—	circa 1 9	Morta 5|5|92. La recidiva comparve già dopo 9 mesi e fu constatata anche alla nostra Clinica il 19|8|91. Successivo ragguaglio del medico curante in data del 17|11|92: la ferita da principio accennava a pronta guarigione. Dopo 9 mesi circa dalla operazione, la esaminai e trovai una recidiva già tanto progredita da escludere la possibilità

										rai ripetutamente in vita e constatai l'assenza di recidiva.
112	Tich.	—	31|7	—	3|11|92. Constatata la mancanza di recidiva. Cicatrice netta. Punto secrezione nè perdita di sangue, leggero dolore all'arto infer. sinis. Del resto sta bene.	2 3	—	—	—	—
113	Röb.	† R	22|9	—	—	—	—	—	0 9	Recidiva già al 9|12|90. Morta il 28|6|91.
114	Pech.	—	4|11	—	21|11|92. Senza recidiva. Cicatrice netta.	oltre 2 0	—	—	—	—
115	Schra.	† R	8|11	—	—	—	—	—	circa 1 11	Morta (suicidio) 28|9|92. Recidiva 1|12|91.
116	Böh.	—	18|11	—	23|3|93. Ottima salute. Non ha recidiva.	2 4	—	—	—	—
117	Mel.	—	26|11	8|11|92. Sto benissimo. Non ho di che lagnarmi.	18|2|93. Florido aspetto. Cicatrice netta. Non ha recidiva.	2 3	—	—	—	—
118	Kühn.	† R	1891 3|1	—	—	—	—	—	0 10	Morta il 26|10|91. Recidiva.
119	Brun.	—	5|1	1|11|92. Sta benissimo. Non ha disturbi di sorta (marito).	13|3|93. Aspetto sano. Cicatrice netta. Non ha recidiva.	2 2	—	—	—	—
120	Huh.	—	26|1	—	3|11|92. Non ha traccia di recidiva. Cicatrice netta a destra della medesima piccola zona ulcerata. Granulaz. lus-lureg. Tessuti molli. Leggeri dolori ad ambo gli arti inferiori, del resto sta bene.	1 9	—	—	—	—
121	Fun.	† R	27|1	—	—	—	—	—	1 5	Morta al Stadt Irren. u. Siechenhaus il 22|6|92. Recidiva. — Autopsia: carcinoma dell' intestino tenue dopo isterectomia. Ascite. Pleurite fibrinosa e pericardite.

Num. progressivo	Nome	— = in vita † = morta R = recidiva	Giorno dell'operazione	Dietro richiesta per lettera		Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono		Decessa dopo l'operazione		Osservazioni
				Risposta	Ultimo controllo alla Clinica	senza recidiva	con recidiva	senza recidiva	con recidiva	
						Anni Mesi	Anni Mesi	Anni Mesi	Anni Mesi	
122	Semm.	†	1891 31|1	—	—	—	—	oltre 0 8	—	Morta il 13|10|91 per epilessia.
123	Lor.	†	13|2	—	—	—	—	oltre 1 1	—	Morta il 24|3|92 per Pneumonite.
124	Hah.	—	4|3	—	17|11|92. Non ha recidiva. Vagina stretta. Sta bene.	1 8	—	—	—	—
125	Köh.	—	7|3	2|11|92. Sto benissimo. Non ho alcun disturbo.	21|11|92. Cicatrice netta. Non ha traccia di recidiva. Sta bene.	1 8	—	—	—	—
126	Feilg.	† R	14|4	—	—	—	—	—	circa 1 6	Recidiva. Morta in autunno 1892.
127	Schu.	† R	17|4	—	—	—	—	—	oltre 0 5	Morta il 1|10|91. Recidiva.
128	Gai.	—	18|4	22|2|93. Vive tuttora e sta bene, non si può indurre a presentarsi causa la lontananza.	—	1 10	—	—	—	—
129	Die. poi Dittmann.	?	8|5	—	—	—	—	—	—	La questura non ne sa nulla.
130	Gün.	—	11|5	—	15|11|92. Del tutto libera da recidiva. Cicatrice netta. Leggera sensibilità alla pressione. Nessun disturbo. Sta bene.	1 6	—	—	—	—
131	Scha.	— R	28|5	?	21|9|92. Grosso nodo partente dalla cicatrice.	—	—	—	—	Recidiva già al 22|1|92.

				pienamente soddisfacente.	cicatrice netta. Non c'è traccia di recidiva.						
135	Sen.	—	27|6	—	3|11|92. Sulla cicatrice che del resto è netta osservansi delle granulazioni che occupano un mm. di superficie. Non c'è traccia di fili rimasti. Non c'è essudato in corrispondenza dei monconi. Ancor sempre leggeri dolori sacrali. Stato di salute generale soddisfacente.	1 4	—	—	—	—	
136	Weiss.	—	1|7	-	8|11|92. Cicatrice netta. Salute buona. Nessuna traccia di recidiva.	1 4	—	—	—	—	
137	Flam.	† R	20|7	—	—	—	—	—	0 6	Morta il 31|12|91. Recidiva.	
138	Hiss.	—	20|7	—	30|12|92 Molto nervosa Disturbi vescicali. Del resto localmente tutto bene.	1 5	—	—	—	—	
139	Kern.	— R	19|8	-	10|11|92. Recidiva. Nel piccolo bacino a sinistra un tumore della grandezza di una mela, id. a destra della grandezza d'un ovo d'anitra. Principio di perforazione verso la vag. Le glandole inguinali di destra tumefatte. L'ammalata si sente bene.	—	1 3	—	—	Recidiva.	
140	Galle.	—	1891 20|8	—	20|2|93. Sta bene; cicatrice netta, non c'è traccia di tumore nè di recidiva.	1 6	—	—	—	—	
141	Stäb.	— R	21|10	13|4|92. (Medico curante). Grosso nodo recidivo alla cicatrice; la signora si sente bene.	—	—	0 6	—	—	Recidiva.	

Num. progressivo	Nome	— = IN VITA † = MORTA R = RECIDIVA	Giorno dell'operazione	Dietro richiesta per lettera: Risposta	Dietro richiesta per lettera: Ultimo controllo alla Clinica	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: senza recidiva (Anni Mesi)	con recidiva (Anni Mesi)	Decessa dopo l'operazione: senza recidiva (Anni Mesi)	con recidiva (Anni Mesi)	Osservazioni
142	Ban.	—	1891 14|11	—	16|6|92. Tutto bene; gode buona salute. Punto recidiva.	0 7	—	—	—	—
143	Rei.	† R	16|11	—	—	—	—	—	circa 0 10	Recidiva. Morta 5|9|92.
144	Hen.	—	23|11	31|10|92 (marito). Prescindendo da leggero grado di debolezza sta bene.	27|2|93. Prolasso vaginale. Nessuna traccia di recidiva. Aspetto buono.	1 3	—	—	—	—
145	Kus.	—	1|12	—	14|2|93. Cicatrice netta. Sta bene. Non c'è traccia di recidiva.	1 2	—	—	—	—
146	Pan.	—	1892 4|1	15|2|93. Cresciuta di peso. Nessuna secrezione. Mi sento benissimo.	14|3|93. Si sente benissimo. Localmente tutto perfetto, non c'è traccia di recidiva.	1 2	—	—	—	—
147	Rüd.	—	4|1	—	7|11|92. Non c'è traccia di recidiva. Cicatrice netta. Si sente bene.	0 10	—	—	—	—
148	Schlöp.	—	1|2	—	12|2|93. Non ha alcun disturbo. Aspetto buono. Si sente bene. Cicatrice netta.	oltre 1 0	—	—	—	—
149	Thüm.	— R	15|2	—	3|11|92 (medico curante). Molto debole per recidiva.	—	0 9	—	—	Recidiva.
150	Eis.	— R	27|2	4|11|92. Persiste lo scolo. Del resto tutto bene.	2|3|93. Florido aspetto. A destra posteriormente piccolo tenero nodo.	—	1 0	—	—	Recidiva.

					so morboso alcuno.					
153	Morg.	—	14|4	6|11|92. Sto benissimo. Posso attendere a lavori pesanti.	27|2|93. Florido aspetto. Nessuna traccia di recidiva.	0 10	—	—	—	—
154	Mos.	—	23|4	—	10|11|92. Nell' angolo destro della cicatrice constatai una granulazione della grandezza d'un pisello. La esportai per esaminarla al microscopio. Reperto dell'esame microscopico: non si tratta di carcinoma; tessuto di granulazione.	0 7	—	—	—	—
155	Eich.	— R	28|5	—	13|2|93. Recidiva. Alla metà della cicatrice un nodo della grandezza di un fagiuolo.	—	circa 0 9	—	—	Recidiva.
156	Stret.	†	3|6	17|2|93. Non ha più perdite di sangue, si sente però molto fiacca, soffre di dispnea e tosse. Localmente bene.	24 | 2 | 93. Localmente tutto bene. Cicatrice netta. Punto recidiva.	—	—	0 9	—	Morta il 3|3|93. Apoplessia.
157	Ban.	— R	9|6	—	16|2|93. Aspetto florido. Punto perdita di sangue. Alla cicatrice a destra piccola recidiva a forma di polipo.	—	0 8	—	—	Recidiva.
158	Mayn.	†	25|6	10 | 2 | 93. Localmente tutto bene. Nessun disturbo; di quando in quando soffre di pertinace catarro polmon.	—	—	—	0 10	—	6|3|93. Il marito scrive: La mia signora soffre da tempo di pertinace catarro polmonare, appena guarita si presenterà. - Morta il 29|4|93 di tisi polm. (marito).
159	Rei.	—	11|7	4|3|93. Sto benissimo.	Maggio 93. Senza recidiva.	0 10	—	—	—	—

Num. progressivo	Nome	— = in vita † = morta R = recidiva	Giorno dell'operazione	Dietro richiesta per lettera: Risposta	Dietro richiesta per lettera: Ultimo controllo alla Clinica	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: senza recidiva (Anni Mesi)	Dal giorno dell'operazione fino al controllo o alle notizie avute per lettera passarono: con recidiva (Anni Mesi)	Decessa dopo l'operazione: senza recidiva (Anni Mesi)	Decessa dopo l'operazione: con recidiva (Anni Mesi)	Osservazioni
160	Her.	—	1892 26|8	—	13|2|93. Cicatrice netta non sensibile. Nessun disturbo. Sta bene.	circa 0 6	—	—	—	—
161	Hanb.	†	2|9	—	—	—	—	3 giorni	—	Morta 5|9|92. La paziente la sera prima dell'operazione aveva avuto febbre (39°) il che non m'era stato notificato. Salpingite purul. destra prima dell'operazione.
162	Engelh.	— R	3|10	15|2|93. Sto bene. Non ho disturbi.	24|2|93. Recidiva alla cicatrice.	—	0 5	—	—	—
163	Be.	—	5|10	19|2|93. Sta bene, nessun segno di recidiva. (Medico curante).	1|3|93. Aspetto florido. S'è rimessa. Punto recidiva.	0 5	—	—	—	—
164	Schw.	—	6|10	Fine Gennaio 93 (marito). Finora sta benissimo.	—	0 4	—	—	—	—

Sguardo generale. — Dato un primo *sguardo generale* sulla tabella I.ª, ne risulta che nei nove anni (dal principio d'Ottobre 1883 fino al 6 Ottobre 1892) si praticò l'isterectomia vaginale per carcinoma o rispettivamente per sarcoma, su 164 malate, di queste: successivamente furono irreperibili 3 (N. 89, 129, 133). Morirono poco dopo l'operazione 10 (N. 10, 12, 39, 49, 81, 92, 93, 97, 100, 161). Morirono più tardi d'altra malattia 11 (N. 6, 16, 17, 28 (1), 47, 54, 111, 122, 123, 156, 158).

Decessi. — Questi *decessi* richiedono esatta discussione. Dapprima occupiamoci di quei dieci avvenuti poco dopo l'operazione. Dei medesimi appartengono al primo gruppo dei primi 42 casi da me notificati, i tre numeri 10, 12 e 39; nel secondo gruppo delle successive 38 operate, cade un solo decesso, il N. 49, mentre al terzo gruppo di 84 operate, appartengono 6 decessi per processo morboso acuto.

1.° Gruppo	42 : 3 = 7.1 %	)	
2.° »	38 : 1 = 2.6 »		di mortalità
3.° »	84 : 6 = 7.1 »	)	
	164 : 10 = 6 % di mortalità.		

Di questi decessi due debbonsi ascrivere ad *esaurimento,* N. 97 e 100, per essersi praticata l'operazione troppo tardi; il primo avvenne il 7.° giorno dall'operazione, il secondo il 27.°, cinque giorni cioè dacchè la operata per insistente suo desiderio fu congedata dalla Clinica. Il N. 39 morì per occlusione intestinale (2), 7 soccombettero per sepsi, rispettivamente per peritonite settica (N. 10, 12, 49, 81, 92, 93 e 161).

La causa dell'infezione nei singoli casi è diversa. Per i N. 10 e 92 la si deve attribuire in parte al fatto che fu posta una sutura troppo vicina al retto e in parte al ripetuto scolo durante l'operazione di feci liquide; sicchè, benchè si fossero usate le maggiori precauzioni, una piccola quantità di quelle penetrò nella ferita. Due malate (N. 12 e 49) furono operate troppo tardi. Perciò nel N. 12 rimasero nei parametri dei germi carcinomatosi che causarono la degenerazione fetida e purulenta del cellulare pelvico e grave parotite; nel N. 49 invece (carcinoma del corpo) la neoplasia s'era già diffusa dalla sierosa dell'utero alle vicine anse intestinali, provocando la peritonite letale. Nel N. 81 si riscontrò un carcinoma del corpo già inoltratosi profondamente nella parete anteriore dell'utero, e non si riuscì ad evitare che il succo carcinoso toccasse il campo operatorio. La malata morì già il 7.° giorno dall'operazione per tonsillite follicolare purulenta. Tra i

(1) Vedi Tabella. Nota al N. 28.

(2) Vedi *Arch. f. Gyn.*, Vol. 30, pag. 424.

monconi si trovò un piccolo focolaio purulento, punto di partenza del processo infettivo.

Degni di nota sono finalmente i decessi delle due operate N. 93 e 161; durante l'operazione delle medesime s'ebbe scolo di pus dalle trombe (salpingite purulenta). Con ogni cautela per quanto possibile lo si allontanò, si pulirono il campo operativo, i monconi, i seni tutti. Ciò nullameno ne seguì ben presto una peritonite acuta che causò nel 7.°, rispett. 3.° giorno, la morte.

Se quindi la percentuale della mortalità di tutte le 164 operate non è stata inferiore a quella dei primi 48 casi (1) 6 % dobbiamo riconoscere di non aver tenuto abbastanza conto delle tristi esperienze fatte nella prima metà dei casi, esperienze le quali avrebbero dovuto condurci ad un risultato finale migliore.

D'altra parte dobbiamo pure riconoscere che in un'operazione possono sopravvenire delle complicazioni che anche l'operatore più cauto non può mai prevedere, e le cui dannose conseguenze non può ovviare. Per diminuire adunque le mortalità dopo l'isterectomia vaginale, bisogna rigorosamente tener conto delle seguenti norme:

1) La narcosi deve essere tranquilla e perciò affidata a mano esperta. Conati di vomito durante l'operazione spingono troppo facilmente anse dell'intestino tenue attraverso la ferita che si riducono poi difficilmente (2).

2) Le ammalate in cui il carcinoma abbia oltrepassata la tonaca muscolare dell'utero sia verso i lati sia oltre la sierosa del fondo sono inoperabili. Ciò vale sopratutto per quelle notevolmente indebolite (N. 12, 49, 97, 100).

3) Pericolosissimo è l'imbrattamento con contenuto intestinale che, sia pur in piccola quantità, tocchi esternamente (N. 92) il circondario del campo operativo o venga a contatto della ferita interna (N. 10).

Se quantunque l'ammalata sia stata preparata secondo le norme volute per l'operazione, durante la medesima, e prima d'esser penetrati nel peritoneo, si ha scolo di feci liquide, la si deve interrompere o tutt'al più attenersi a quel metodo operativo col quale non si fa breccia nella cavità addominale.

4) Serio pericolo costituisce lo scolo di liquido fetido o purulento dal carcinoma stesso (piometra, carcinoma del corpo) o da focolai infiammatori purulenti nel piccolo bacino (ascessi ovarici, salpingite purulenta, focolai parametrali). Tale scolo richiede la massima attenzione dell'operatore che ne deve rimuovere con dei batuffoli ogni goccia, e che prima di tutto chiuderà il canale cervicale e risparmierà l'assottigliata tonaca muscolare dell'utero. Di ciò parleremo in seguito.

---

(1) Vedi *Arch. f. Gyn.*, Vol. 30. Numero totale d'isterectomie per carcinoma praticate fino al 1 Luglio 1894: 185, Decessi 10 = 5.4 0|0.

(2) « Occlus. intest. » *Archiv f. Gyn.*, Vol. 30.

Decessi avvenuti più tardi senza recidiva. — Alla *seconda categoria* di decessi appartengono quelle 11 operate che ebbero successivamente a soccombere per malattie che non hanno alcuna relazione coll'operazione stessa. Due morirono per malattia mentale (N. 6 e 17), quattro per tisi polmonare (N. 16, 47, 111, 158), le altre rispettivamente per poliartrite acuta (N. 28), vizio cardiaco (N. 54), epilessia (N. 122), apoplessia (N. 156) e pneumonite (N. 123).

Dalla data dell'operazione a quella del decesso trascorsero: Per i casi di malattia mentale N. 6 (meningite bas. tub.) 21 giorni; N. 17 irreperibile. Per quelli di tisi rispettivamente trascorsero 1 anno e 9 mesi, 3 anni e 6 mesi, 1 anno e 2 mesi, 10 mesi. Per il N. 28, 2 anni e 5 mesi; per il N. 54, 4 settimane; per il N. 122, 8 mesi; per il N. 156 (donna d'età avanzata) 9 mesi; per il N. 123, 1 anno e 1 mese.

Recidive. — Se ora vogliamo ricercare quante operate ebbero successivamente a *recidivare* e morirono, deducendo: 1) le tre irreperibili, 2) quelle dieci decesse poco dopo l'operazione, 3) le undici che ebbero a soccombere per altre malattie (= 24) ce ne rimangono per la nostra osservazione 140. Di queste 140 *morirono per recidiva* 50 (il che equivale al 35.7 %) e precisamente i N. 4, 7, 19, 21, 22, 29, 30, 34, 35, 36, 40, 42, 44, 50, 52, 53, 55, 57, 61, 63, 65, 68, 71, 72, 75, 76, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 91, 95, 98, 99, 103, 107, 110, 113, 115, 118, 121, 126, 127, 137, 143.

Vivevano ancora in principio di Marzo 1893 $\frac{90}{140}$ = 64.3 %. Per le suddette 50 che ebbero a soccombere per recidiva, il rispettivo lasso di tempo tra l'operazione e il decesso è il seguente:

Per 3 (N. 82, 85, 127) .	rispettivamente	3,	4	e 5	mesi
» 3 (N. 36, 68, 137)	Anni	0	mesi		6
» 2 (N. 7, 103)	»	0	»		7
» 2 (N. 4, sarcoma 76)	»	0	»		8
» 4 (N. 22, 61, 86, 113)	»	0	»		9
» 3 (N. 44, 118, 143)	»	0	»		10
» 3 (N. 40, 95, 107)	»	1	»		—
» 2 (N. 75, 80)	»	1,	»		2
» 3 (N. 19, 79, 83)	»	1,	»		3
» 4 (N. 21, 71, 72, 121)	»	1,	»		5
» 1 (N. 126)	»	1,	»		6
» 3 (N. 29, 87, 98)	»	1,	»		7
» 1 (N. 78)	»	1,	»		8
» 2 (N. 65, 110)	»	1,	»		9
» 1 (N. 99)	»	1,	»		10

Per 1 (N. 115)	. . . . .	Anni 1,	mesi	11
» 1 (N. 52)	. . . . .	» 2,	»	2
» 1 (N. 63)	. . . . .	» 2,	»	3
» 2 (N. 53, 55)	. . . . .	» 2,	»	8
» 2 (N. 84, 91)	. . . . .	» 3,	»	—
» 1 (N. 42)	. . . . .	» 3,	»	5
» 1 (N. 57)	. . . . .	» 3,	»	9
» 1 (N. 34)	. . . . .	» 3,	»	11
» 1 (N. 50)	. . . . .	» 4,	»	5
» 1 (N. 35)	. . . . .	» 5,	»	1
» 1 (N. 30)	. . . . .	» 5,	»	4

50 operate vissero dopo l'operazione fino alla morte per recidiva 985 mesi.

Durata media della vita dopo l'operazione 19 mesi e 7 giorni.

Delle 90 viventi s'assoggettarono a controllo medico 75 = 83.3 %, diedero soltanto notizie 15 = 16.7 % (1).

Furono controllate e constatate:

alla nostra Clinica		dal medico curante	
senza recidiva	con recidiva	senza recidiva	con recidiva
60	10	3	?
(N. 2, 3, 5, 8, 11, 14, 15, 20, 24, 25, 31, 32, 38, 46, 48, 51, 56, 58, 59, 60, 64, 66, 68, 70, 77, 88, 90, 94, 101, 102, 106, 108, 109, 112, 114, 116, 117, 119, 120, 124, 125, 130, 132, 134, 135, 136, 138, 140, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 151, 153, 154, 159, 160, 163).	(N. 33, 45, 62, 69, 131, 139, 150, 155, 157, 162).	(N. 73, 74, 152).	(N. 141, 149).

Totale 75

(1) Nella ricerca delle recidive in principio di Maggio 1891 (Vedi LEISSE: *Arch. f. Gyn.*, Vol. 40, fasc. 2) s'ebbe quasi lo stesso rapporto:

Di 45 ancor viventi si presentarono 37 = 82 2 0[0 — Risposero soltanto 8 = 17.8 0[0

E quasi precisi sono i dati di Krukenberg (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Vol. XVIII): Di 177 ancor viventi si presentarono al controllo medico: 147 = 83 0[0; diedero ragguagli per lettera 30 = 16.9 0[0.

Diedero soltanto ragguagli riguardo il carcinoma:

Buoni	Cattivi	Totale
11	3	15
N. 1, 13, 23, 26, 27, 37, 41, 43, 105, 128, 164.	9, 18, 104 } Recidive	

1 (N. 96, Tromm?) si rifiuta di dare notizia.

Risultato.

A suo tempo constatate sane	60, 3	74	Totale 90
Buone nuove da	11		
Rifiutate notizie da	1	1	
Constatata la recidiva in	10, 2	15	
Cattive nuove da	3		

Dunque di 140 operate morirono per recidiva	50 = 35.7 %		47.1 %
Sono affette tuttora da recidiva. . . .	15, 1	16 = 11.4 »	
Vivono ancora, e sono sempre sane . . .	74 = 52.9 »		
Totale	140 = 100 %		

Ma se ora restringiamo il numero delle operate prendendo in considerazione soltanto quelle operate da più di due anni (Ottobre 1883, principio del Marzo 1891) il numero delle medesime si riduce a 123. Di queste:

non era più reperibile.	1 (N. 89)
morirono poco dopo l'operazione	9
morirono più tardi d'altra malattia	9
Totale	19

Senza recidiva più di 2 anni. — Per la ricerca delle recidive dobbiamo adunque prendere in considerazione soltanto 104 delle dette 123. Di queste 104:

morirono per recidiva.	46 = 44.2 %
vivono tuttora dopo 2 anni e più dall'operazione	58 = 55.8 »
Totale	104

e precisamente vivono:

16	6: N. 1, 2, 3, 5, 8, **9**	già da più di 8 anni dall'operazione	
	10: N. 11, 13, 14, 15, **18**, 20, 23, 24, 25, 26	» » 7 »	»
22	+ 6: N. 27, 31, 32, **33**, 37, 38	» » 6 »	»
29	+ 7: N. 41, 43, **45**, 46, 48, 51, 56 . .	» » 5 »	»
38	+ 9: N. 58, 59, 60, **62**, 64, 66, 67, **69**, 70.	» » 4 »	»
45	+ 7: N. 73, 74, 77, 88, 90, 94, 96 . .	» » 3 »	»
58	+ 13: N. 101, 102, **104**, 105, 106, 108, 109, 112. 114, 116, 117, 119, 126	» » 2 »	»

I numeri grassi hanno recidiva.

Fatta astrazione delle irreperibili, di qualche decesso poco dopo l'operazione, o più tardi per malattie d'altro genere, il risultato esposto colle percentuali è il seguente:

Tuttora	viventi	dopo	più	di	2	anni	dall'oper.	di	104	oper.	58	= 55. 7 %
»	»	»	»		3	»	»	»	84	»	45	= 53. 5 »
»	»	»	»		4	»	»	»	61	»	38	= 62. 3 »
»	»	»	»		5	»	»	»	47	»	29	= 61. 7 »
»	»	»	»		6	»	»	»	33	»	22	= 66. 6 »
»	»	»	»		7	»	»	»	21	»	16	= 76. 1 »
»	»	»	»		8	»	»	»	8	»	6	= 75. 0 »

Se finalmente teniamo conto di quante delle tuttora viventi si constatarono libere da recidiva si ha la seguente tabella:

Viventi	Lasso di tempo dall'op.	Recidivate ora		Senza recid.		Percentuale
58	più di 2 anni	7 (1)	=	51	=	49 %
45	» 3 »	6 (2)	=	39	=	46. 6 »
38	» 4 »	6 (2)	=	32	=	52. 4 »

(1) N. 9, 18, 33, 45, 62, 69, 104, recidive viventi.

(2) N. 9, 18, 33, 45, 62 69, » »

Viventi	Lasso di tempo dall'op.	Recidivate ora		Senza recid.	Percentuale
29	più di 5 anni	4 (1)	=	25	= 53.2 %
22	» 6 »	3 (2)	=	19	= 57.5 »
16	» 7 »	2 (3)	=	14	= 66.6 »
6	» 8 »	1 (4)	=	7	= 87.5 »
2	» 9 »	0	=	2	= —

Per queste 7 operate tuttora viventi, ma recidivate, il rispettivo lasso di tempo dall'operaz. fino al controllo medico e alla constatazione della recidiva, è il seguente:

Per 1 (N. 9) oltre 8 anni	Per 1 (N. 62) circa 4 anni e 4 mesi
» 1 (N. 18) circa 7 »	» 1 (N. 69) 4 » 2 »
» 1 (N. 33) 6 » e 5 mesi	» 1 (N. 104) 2 » 6 »
» 1 (N. 45) 5 » e 9 »	

Se ora paragoniamo questo risultato con quello che si ebbe dalla riunione fatta in tabella il 3 Maggio 1891 delle 80 primieramente operate da più di 2 anni, si contrappongono i seguenti numeri.

Viventi dopo due anni e a suo tempo sane:

il 5 Maggio 1891	il 1.° Marzo 1893
da più di 2 anni: 56.2 %	49 %
» » » 3 » 58.6 »	46.6 »
» » » 4 » 59.5 »	52.4 »
» » » 5 » 60.0 »	53.2 »
» » » 6 » 66.6 »	57.5 »
» » » 7 »	66.6 »
» » » 8 »	87.5 »

Quindi dobbiamo arguire che, dacchè si sono escluse tutte quelle che non devono essere prese in considerazione, abbiamo ottenuto un *risultato* un po' più sfavorevole ma sempre degno di nota. Chè se noi frapponiamo nella tabella fatta dal Krukenberg (5) sui vari risultati dell'isterectomia vaginale, i nostri nuovi dati, ne risulterà anche qui come già per l'addietro un rapporto per noi evidentemente favorevole.

(Continua).

(1) N. 9, 18, 33, 45, recidive viventi.
(2) N. 9, 18, 33, 5, » »
(3) N. 9, 18, » »
(4) N. 9, » »
(5) *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XXIII, pag. 151.

RASSEGNA

Prof. L. M. BOSSI. — **Sulla castrazione nell' osteomalacia.** — *Gazzetta degli Ospedali,* 1895, N. 30.

L'esporre, dice l'A., quanto si scrisse e si fece sulla cura causale e di conseguenza sulla patogenesi dell'osteomalacia, sarebbe qui, credo, opera inutile.

Le conoscenze nostre, d'altronde, intorno all'osteomalacia, possono giustamente riassumersi asserendo che per rapporto alla patogenesi nulla di assodato pur troppo finora possediamo.

Delle teorie di Trousseau che la riteneva erroneamente una rachitide degli adulti, del Bouchard che la classificava fra le discrasie acide, del Fehling che emetteva la cosidetta teoria ovarica, attribuendo i fenomeni ad una iperattività fisiologica delle ovaia coi relativi fatti riflessi operanti sui nervi vaso-dilatatori delle ossa, consecutiva iperemia passiva ed assorbimento degli elementi ossei; della batterica messa in campo dal Winkel, dal Kehrer, dal Boumann, dal Löhlein ed in ultimo, per non parlare d'altre molte, della teoria del Petrone che ne attribuisce la causa ad un fermento nitroso, ritenendo l' osteomalacia un processo di nitrificazione, che si compie nell' interno dell' organismo, null' altro, si può dire, ci rimane in effetto che l'ipotesi del Fehling, perchè convalidata dai risultati clinici.

E dal lato trattamento perciò dobbiamo soggiungere che l'unico intervento che in realtà finora abbia dato esiti positivi è la castrazione, dal Fehling stesso annunciata pel primo fin dal 1888 al Congresso di Halle.

Erasi da anni invero constatato come l'osteomalacia insorgesse sovente durante la gravidanza, e che, preesistendo, si aggravasse rapidamente durante questo stato. Un rapporto quindi diretto o indiretto si riteneva dovesse esistere fra l'apparecchio genitale femminile e tale malattia, ma quale fosse e di quale indole, ed in quali tessuti risiedesse particolarmente non si conosceva, nè per vero si conosce, tanto più di fronte alle obbiezioni dell' essersi riscontrati casi di osteomalacia in organismi maschili, secondo asserirebbero lo Stansheid e lo Neismayr, casi di osteomalacia in nullipare, riferiti dall' Hoffman, dall' Hofmeier, dal Thorn, dal Truzzi, nonchè di casi di insuccessi avutisi dalla castrazione, come occorse al Morisani, al Chrobak, ecc.

Il fatto però esservato e comprovato che l'ablazione delle ovaia porta, nella maggior parte dei casi, a guarigione, deve razionalmente indurre il sospetto, come accadde nel Fehling, che possa la spiegazione di tale patogenesi risiedere nelle ovaia. Espone in seguito 5 casi che sono oggetto di studio della sua memoria.

Per rapporto al caso di cui diamo qui le figure, aggiunge le seguenti considerazioni:

« 1.° L'eccezionale gravità a cui era giunta in tempo relativamente assai breve (pochi mesi) e pure dopo il parto, e le eccezionali deformazioni dello scheletro: frattura della clavicola, frattura di tre costole, frattura della branca orizzontale del pube di destra, frattura del femore di sinistra, curvature in varie direzioni della colonna vertebrale e degli arti inferiori; allo stadio il più avanzato le deformità pelviche, tanto da impedire anche la esplorazione vaginale col dito; denutrizione generale, cachessia imponente, dolori in tutte le parti del corpo, tali da rendere impossibile e insopportabile non solo ogni piccolo movimento, ma ogni contatto con corpi estranei (vedi figura prima).

« 2.° La reazione dei nitriti negativa nelle orine di recente emesse sia prima sia dopo l'operazione, e negativo pure l'esame sia istologico, sia batteriologico del sangue e delle ovaia.

« 3.° L'esito felice relativamente anche quivi rapido, tanto che, da parecchi mesi decombente immobile in un letto, vane essendo tutte le cure prestate, in preda a fenomeni gravi, inquietanti, la vediamo in oggi, quattro mesi dopo la castrazione, sorreggersi in piedi, senza dolori, capace di tutti i movimenti (vedi seconda figura). »

L'A. quivi accenna ad un caso riferito al Congresso della Società Ostetrica nell'Ottobre 1894 dal prof. Mangiagalli, in cui l'esimio operatore non potè intervenire per l'eccessiva gravità. In tale seduta si concluse che nessun caso consimile esiste nella letteratura.

« Grave incertezza, scrive l'A., ebbi pure sull'intervenire o meno, affrontando

tanto grave responsabilità per quanto forse meno grave fosse il mio caso; ma quivi altre circostanze d'indole ben diversa si imponevano; pensando infatti alle condizioni di assoluta miseria in cui trovavasi l'ammalata, sofferentissima, incapace d'ogni minimo movimento, priva d'assistenza, avendo il marito, povero operaio, assente tutto il giorno, e nella impossibilità di fornirle anche il necessario, licenziata, quale cronica ed inguaribile dall'Ospedale, trovai che veramente era il caso in cui le considerazioni sociali dovevano aver peso sulla decisione quasi quanto le fisiche, e mi credetti autorizzato ad intervenire, sicuro d'evitare l'accusa di temerità.

« Lo stato attuale del soggetto, come si può vedere, se lo si confronta collo stato precedente dell'operazione, lascerebbe pensare ad una relativa parziale *restitutio ad integrum* dell'organismo, anche in quanto riguarda la parte scheletrica.

Infatti, oltrechè la nutrizione generale e la crasi sanguigna sono ora ottime, la statura è aumentata da cm. 114 a 125, e la paziente se ne accorse man mano dall'accorciarsi delle gonnelle, che prima trovavansi di ben 20 cm. troppo lunghe; la colonna vertebrale si è di molto raddrizzata, la clavicola fratturata si è ossificata e non rimane che un callo osseo, esso pure poco deforme (come si può riconoscere dalle stesse figure); l'arto di sinistra si è allungato, e le branche stesse del pube sono meno ravvicinate.

« Devesi in parte invero tali fenomeni attribuire, come sopra dissi, al cessato

predominio dei muscoli flessori sugli estensori, stante l'avvenuto consolidamento delle ossa, ma comumque siasi effettuata non si può negare una parziale *restitutio ad integrum* certo degna d'interesse per il clinico. »

Giunge infine a queste conclusioni:

« 1.° Che è conveniente, per rapporto alla patogenesi dell'osteomalacia finora tanto oscura, rivolgere specialmente le nostre ricerche alle ovaia; che però nei nostri casi negativi furono gli esami batteriologici e istologici sia del sangue, sia delle ovaia e, come da altri fu pure già dimostrato, negativa riuscì la ricerca dei nitriti secondo la teoria del Petrone.

« 2.° Che i nostri casi operati depongono in favore della castrazione quale trattamento dell'osteomalacia, e il 4.° e 5.° in favore della castrazione semplice, casi questi che uniti alla statistica esistente, e che si raccoglierà man mano più numerosa, contribuiranno alla soluzione del quesito.

« 3.° Che mentre il 3.° caso di osteomalacia in nullipara offre interesse per ciò che riguarda i rapporti fra osteomalacia e gravidanza, dall'ultimo caso, degno di speciale osservazione per la eccezionale gravità delle condizioni in cui venne operata (fratture multiple delle ossa, clavicola, coste, branca orizzontale del pube, femore e notevole cachessia), per il modo acuto con che il morbo si manifestò, rilevasi anche una parziale *restitutio ad integrum* dello scheletro colla scomparsa in gran parte delle deformità che esistevano sia per fratture, sia per incurvamento delle ossa, *restitutio ad integrum* che ben a maggior ragione deve esserci di incitamento ad intervenire in modo radicale il più presto possibile nella cura dell'osteomalacia. »

SCHMORL und KOCKEL. — **Die Tuberkulose der menschlichen Placenta und ihre Beziehung zur kongenitalen Infektion mit Tuberkulose** *(Della tubercolosi della placenta umana e dei suoi rapporti colle infezioni tubercolari congenite).* — *Beitr. z. pathol. Anat. und. allg. Pathol.,* XVI Bd., S. 313-339, traduz. dal *Central. f. Bakt. und. Parasitenk,* XVII Bd., N. 2, 3, pag. 95.

Gli A. descrivono tre casi di tubercolosi della placenta: delle madri due erano morte per tubercolosi miliare acuta, la terza per tubercolosi cronica dei polmoni e del laringe. Solo in due feti (dell'età di 7-8 mesi, contenuti ancora nella cavità uterina) fu dato riscontrare bacilli di Koch entro il fegato, sia nei capillari sanguigni, sia negli spazii linfatici esistenti fra le pareti vasali e gli ordini delle cellule epatiche: bacilli furono pure trovati in una ghiandola linfatica del legamento epato-duodenale.

Nella donna morta per processo cronico la placenta offriva rare alterazioni tubercolari, ma anche nelle altre, a confronto delle alterazioni riscontrate nella generalità degli organi, quelle della placenta non potevano proprio dirsi numerose. Avuto riguardo alla localizzazione dei tubercoli, gli A. designano due forme di tubercolosi placentare, che però passano con facilità l'una nell'altra: e cioè: una forma nella quale le alterazioni compaiono primamente alle superficie dei villi coriali e negli spazii intervillosi, ed un' altra nella quale si sviluppano primariamente le alterazioni nel tessuto fondamentale dei villi. Le cellule giganti tubercolari si differenziano dalle cellule giganti che si trovano normalmente nella placenta perchè le prime contengono nuclei pallidi, situati perifericamente o ad uno dei poli e perchè hanno protoplasma abbondante ed omogeneo, mentre le seconde hanno nuclei intensamente colorati e sparsi in tutto il protoplasma, che è solitamente molto ridotto. Nelle prime inoltre si trovano bacilli per lo più molto numerosi. In tutti i casi i bacilli erano passati nel sangue del feto e poterono essere dimostrati nei vasi dei villi fetali però in piccolo numero: deve anzi attribuirsi alla scarsità di questo reperto l' essersi una volta sola trovati bacilli nel parenchima proprio degli organi del feto.

LUIGI VILLA.

KLAUTSCH A. — **Ueber die infolge der Cholera auftretenden pathologisch-anatomischen und histologischen Veränderungen in den weiblichen Generations-organen** *(Delle alterazioni anatomo-patologiche ed istologiche degli organi genitali femminili nel colera).* — *Münch. med. Woch.*, N. 44 e 45 — e *Centr. für Bakt. und Parasit.*, XVII Bd., N. 2, 3, 1895.

L'A. che studiò già clinicamente durante l' epidemia colerica di Amburgo nel 1892 il decorso del colera nella gravidanza e l' influenza di esso sulla gravidanza stessa e sul parto, studiò nell'epidemia del 1893 nel *Nietlebener Irrenanstalt* le alterazioni apportate dal colera all'apparato sessuale femminino. Materiale d'esame furono gli uteri e i relativi annessi di 11 donne, delle quali nove si trovavano nel periodo dell' attività sessuale, due avevano già oltrepassato la menopausa. I risultati dell' indagine istologica si possono così riassumere: tutto l'apparato genitale trovasi per influenza dell' infezione colerica:

1.° in istato di iperemia;

2.° in preda a processi infiammatori, e più precisamente: *a)* a endometrite interstiziale emorragica — *b)* a ooforite parenchimatosa o follicolare — *c)* a salpingite catarrale o fibrinosa;

3.° compaiono inoltre focolai emorragici: *a)* nella mucosa uterina — *b)* nei corpi lutei di antica data — *c)* nel tessuto sottosieroso delle tube;

4.° in tutti questi focolai emorragici si osserva del pigmento ricco di ferro, sotto forma di fine granulazioni.

Il lavoro è corredato di alcune figure. LUIGI VILLA.

KOCKEL R. und LUNGWITZ M. — **Ueber Placentartuberkulose beim Rind und ihre Beziehung zur fötalen Tuberkulose des Kalbes** *(Sulla tubercolosi placentare dei bovini e sui suoi rapporti colla tubercolosi fetale del vitello). — Beitr. z. pathol. Anat. u. all. Pathol.,* XVI Bd., S. 294-312, traduz. del *Centr. f. Bakt. und Parasit.,* XVII Bd., S. 96.

Nel pubblico macello di Lipsia fra duecento casi osservati si trovarono due feti bovini che mostravano spiccate alterazioni tubercolari di parecchi organi interni. Nelle madri di entrambi si potè dimostrare, oltre alla tubercolosi avanzata generalizzata anche tubercolosi dell'utero e dei cotiledoni. Quando esse furono abbattute i feti erano ancora vivi e all'aspetto esteriore apparivano normali: doveva quindi ritenersi che non fosse avvenuto alcun disturbo nel decorso della gravidanza. Invece all'esame interno si trovarono le ghiandole linfatiche tumefatte, specie le bronchiali, le mediastiniche, le portali, le mesenteriche e le retroperitoneali: alcune erano caseificate: inoltre, polmoni, fegato, e in un caso anche milza e reni erano sparsi di tubercoli: in ogni focolaio cellule giganti e bacilli più o meno numerosi. Rispetto alle placente i bacilli furono trovati nei villi materni e fetali, negli spazii intervillosi, in parte anche nei vasi maggiori dei villi e nelle vene del chorion. In seguito gli A. si occupano della questione relativa al passaggio dei bacilli tubercolari dalla madre al feto, passaggio certamente avvenuto nei casi in discorso attraverso la placenta, e ritengono probabile la diffusione dei focolai della mucosa uterina non per la via sanguigna, ma per contiguità dai villi materni all'uovo.

LUIGI VILLA.

STCHÉGOLEFF N. — **Recherches expérimentales sur l'influence de la laparotomie sur la péritonite tuberculeuse.** — *Archives de medecine expérimentale et d'anatomie pathologique,* Tome VI, 1894, p. 649, rifer. nel *Centr. f. Bakt. und Parasit.,* XVII Bd., S. 103.

L'A. iniettò bacilli tubercolari nel peritoneo di 22 cani: 12 di questi furono tenuti come controllo: gli altri 10 furono laparotomizzati 12-15 giorni dopo, quando incominciarono a dar segni di dimagramento. Tutti gli animali operati sopravis-

sero ai non operati, che morirono 22-34 giorni dalla subìta iniezione. Degli operati 6 morirono di tubercolosi miliare generalizzata 16-30 giorni dalla laparotomia: i rimanenti furono uccisi dopo 52-70-85 giorni.

Tali esperimenti e le accurate indagini microscopiche che si completarono portarono alla conclusione che *la tubercolosi peritoneale può guarire per opera della laparotomia, quando questa viene eseguita nei primordi della malattia: passato il tempo veramente utile per l'intervento operatorio, non possiamo attenderci da questo che un lieve miglioramento il quale allunga alcun poco la durata della vita.* Fra le metamorfosi regressive cui vanno incontro le alterazioni tubercolari dopo la laparotomia *l'infiammazione reattiva* ha la maggior importanza, ed è caratterizzata dall'infiltrazione di cellule embrionali, dalla fagocitosi, dallo sviluppo di tessuto connettivo. Così i focolai tubercolosi vengono circoscritti e la malattia si assopisce.

Può darsi che gli esiti della laparotomia si debbano ascrivere a molteplici fattori, fra i quali, principalmente, sarebbero da annoverare il traumatismo chirurgico, la penetrazione dell'aria e della luce entro la cavità peritoneale, l'influenza della temperatura. Tutte queste condizioni rappresenterebbero per il peritoneo ammalato altrettante cause d'infiammazione alle quali succederebbero le descritte alterazioni anatomo-patologiche. Invece non sembra che debba attribuirsi importanza all'allontanamento dell'essudato peritonitico, perchè l'A. non ne aveva punto osservato durante la laparotomia in quei casi che poi volsero a guarigione.

LUIGI VILLA.

Dott. V. WALTHARD. — **Ueber antibakterielle Sohutzwirkung des Mucins** *(Intorno all'azione antibacterica della mucina).* — *Centr. f. Bakt. und Parasitenk,* XVII Bd., 1895, N. 9-10.

È noto che se si introducono nella cavità dell'utero vuoto o gravido sonde sterilizzate, i due terzi superiori del canale cervicale, la cavità del corpo, le tube rimangono sterili, mentre la vagina, l'orificio uterino esterno e le sue vicinanze possono essere molto ricche di bacteri. Tale reperto, del resto già sanzionato dalla lunga pratica ostetrico-ginecologica, fu pure confermato da alcune esperienze dell'A. che approfittò di quattro casi di taglio cesareo per coltivare direttamente dalla cavità uterina.

Ora l'A. si propose di studiare il meccanismo per cui resta impedita la diffusione dei bacteri dall'uno all'altro segmento delle vie genitali, e, naturalmente, la sua attenzione dovette rivolgersi al *muco cervicale.* Servendosi di un semplice istrumento (una specie di pompa aspirante introducibile a determinate altezze del

canal cervicale) potè raccogliere da donne in istato di gravidanza molto inoltrata grande quantità di tale sostanza che utilizzò per trasportarvi colture di alcuni bacteri di prova *(Staph. pyog. aureus, Strept. pyog., Bact. coli)* e per fare aggiunta ai comuni terreni di cultura: inoltre l'A. inoculò direttamente nel muco cervicale di una gravida un grosso e innocuo bacillo della vagina. Oltre che *all' influenza fagocitaria dei leucociti* mescolati con tale sostanza, l'A. conclude essere dovuta la difesa delle vie genitali sovrastanti al terzo inferiore del canale cervicale *alla presenza della mucina, non perchè questa sia propriamente bactericida, ma perchè costituisce un mezzo di coltura punto favorevole all' ulteriore sviluppo dei germi,* che pur rimangono vivi e capaci, se trasportati in altri mezzi, di vegetare e di riprodursi.

Così meccanicamente il muco difende la sottostante mucosa, e, ricambiandosi, trascina seco all'esterno i bacteri inglobati.

LUIGI VILLA.

A. H. CORDIER. — **Sarcoma dell' ovaio.** — *The American Journal of Obstetrics etc.,* Gennaio 1895.

Non è raro trovare sarcomi d'entrambe le ovaia. L'A. ritiene quattro volte più frequente il sarcoma dell' ovaio in ragazze sotto i 15 anni che nelle adulte. Egli riferisce un caso in donna maritata da sei anni. Praticò con esito felice l'ablazione del tumore; trattavasi di sarcoma dell' ovaio destro. Credette opportuno l' uso del drenaggio.

BOSSI.

A. F. BRAND. — **Contributo all' anatomia patologica dei tumori maligni primitivi del cellulare pelvico e a quella delle alterazioni da essi apportate all' utero e agli annessi.** — *St. Petersburger medic. Wochenschrift,* Suppl. N. 1, 1895.

Le neoformazioni maligne che si iniziano dal connettivo lasso dei legamenti larghi non sono molto frequenti, epperò l'A. si credette autorizzato a pubblicarne un caso.

Una donna di 28 anni, vergine, che da un anno incominciò in modo improvviso a soffrire per un tumore sviluppatosi nei quadranti inferiori dell' addome; occupato quasi tutto il bacino, esso si era reso palpabile al davanti della sinfisi come un tumore del volume di un pugno. La paziente fu accolta già molto deperita nella clinica del prof. Slawjanski, dove dopo un mese morì.

L'autopsia confermò la diagnosi di *sarcoma del cellulare pelvico*. La parte inferiore dell' utero era avvolta da una massa neoplastica che si continuava verso l'alto in forma di lamine insinuante fra l'utero e la vescica, fra l'utero e il retto; ai lati esso prendeva origine nel cellulare dei legamenti larghi i cui foglietti peritoneali erano stati divaricati; aveva invaso le fosse iliache e s'era addossata alla superficie interna delle pareti pelviche, senza però invadere la sostanza propria delle ossa; aveva contratto intime aderenze col muscolo ileo-psoas. Il rivestimento peritoneale fornito dal peritoneo pelvico non aveva subìto alterazioni: era spostabile sul tumore, non partecipava dei movimenti impressi a questo. Non v'era dimostrabile diffusione all' utero e alla vescica. La massa neoplastica era composta di parecchi nodi le cui superfici di sezione offrivano colore grigio opaco e, qua e là, focolai di colore rosso bruno. Al microscopio grande quantità di cellule rotonde, sostanza intercellulare scarsa: le cellule irradiantesi in ogni verso avevano distrutto ogni altro elemento *(sarcoma globocellulare)*; degenerazione ialina delle pareti dei vasi: atrofia iniziale dell' utero e degli annessi.

Dott. L. Villa.

A. A. ANUFRIJEW. — **Contributo allo studio dei vizi di prima formazione.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 1, 1895.

Premesse alcune considerazioni storiche ed embriologiche intorno ai vizi di prima formazione, l'A. ne espone due casi. Il primo si riferisce a un feto, nel resto normalmente conformato e maturo, al quale mancava la gamba destra: la coscia corrispondente, un centimetro più breve della sinistra, misurava 10 cm. Il condilo esterno ed interno del femore, le fosse patellare e intercondiloidea, erano ben accentuate; a circa un centimetro dell'epifisi femorale si staccava un'appendice cutanea diretta in basso e a destra, del volume di una mandorla; nessuna traccia di tessuto cicatriziale o di autoamputazioni. Nel secondo feto si notava straordinario sviluppo dei muscoli auricolari sinistri, straordinaria sporgenza delle ossa pelviche, mancato sviluppo del palato molle e delle labbra, piede varo-equino.

Dott. L Villa.

A. N. SLOLOWIEW. — **Tumore della tuba di Fallopio, a contenuto liquido.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 1, 1895.

Apertura di esso in corrispondenza del bellico; estirpazione della sacca; guarigione.

Dott. L. Villa.

BIBLIOGRAFIA

J. CLARENCE WEBSTER. — **Ectopie pregnancy, its etiology, classification, embriology, diagnosis and treatment.** — Edinburg and London, Young, Butland, 1895.

John Clarence Webster, il valoroso coadiutore del prof. Simpson di Edinburgo pubblicava nello scorso Febbraio un importantissimo studio snlla gravidanza ectopica. È un lavoro veramente degno di essere segnalato sia per l'importanza dell'argomento di cui tratta, sia per il contributo che l'autore vi apporta con numerose ricerche cliniche ed indagini istologiche fatte su di un vasto materiale. Il nome del Clarence Webster è ormai ben noto ai cultori della nostra branca ed egli ora ci dà nuova prova del suo valore e della sua laboriosità.

Il libro, di cui mi accingo a fare una rapida rivista, in formato assai elegante, è dedicato a Freeland Barbour ed a Berry Hart, consta di *240* pagine, è diviso in nove capitoli ed è ricco di *22* tavole riguardanti sezioni microscopiche e di *15* figure intercalate nel testo, talune delle quali originali, altre riportate da sezioni congelate fatte in gran parte da Berry Hart. Nel 1.° capitolo l'autore s'intrattiene sulla etiologia della gravidanza ectopica e specialmente discute intorno a due quesiti di non lieve interesse; 1.° dove gli spermatozoi fecondano l'ovulo, 2.° se vi sia fondamento per supporre che un ovulo fecondato possa svilupparsi sulla mucosa normale della tuba. Quanto al primo quesito egli ricorda l'autorità del Lawson-Tait, Wyder ed altri, per i quali la fecondazione può avvenire solo nella cavità dell'utero, ritenendo che l'azione dell'epitelio della mucosa tubarica impedisce normalmente il passaggio degli spermatozoi.

Webster sulla base di pezzi anatomici riguardanti casi di gravidanze extrauterine assai precoci osservati da lui, da Bland Sutton, da Martin, da Veit, combatte questa opinione. In tutti questi casi trattavasi infatti di gestazioni tubariche situate all'estremità addominale della tuba, mentre l'estremo uterino presentava la mucosa perfettamente normale. La verità è, dice il Webster, che il nemasperma è capace di fecondare l'ovulo ovunque gli accada d'incontrarlo.

Più importante è il 2.° quesito.

Se si studia filogeneticamente il tratto genitale, si trova che negli animali inferiori non vi è marcata distinzione tra l'ovidutto e l'utero, che nelle forme alquanto più elevate ciascun corno laterale comincia a differenziarsi in una porzione superiore od ovidutto ed una porzione inferiore uterina, e che negli animali superiori le porzioni inferiori si fondono in un solo utero. In questi mammiferi superiori soltanto l'utero è capace allo stato normale di dare sviluppo all'ovulo; gli ovidutti, sebbene rimangano in continuità coll'utero, pure hanno soltanto la proprietà di trasportare l'ovicino dall'ovaio all'utero. La mucosa tubarica e quella uterina

si comportano differentemente relativamente al processo di riproduzione; la prima è passiva, la seconda attiva; l'una subisce poco importanti modificazioni; l'altra reagisce notevolmente all'influenza genetica, trasformandosi in decidua, che deve ritenersi essenziale per lo sviluppo dell'ovulo. Senza dubbio la somiglianza degli epiteli della tuba e della cavità uterina, nonchè la loro diretta continuità hanno favorito l'asserto che l'uovo può svilupparsi ugualmente bene tanto nella cavità dell'una che dell'altro. Tale asserzione però, dice il Webster, non ha grande fondamento, perchè tessuti che hanno la stessa struttura non hanno necessariamente le stesse funzioni fisiologiche. Oltre a ciò le recenti ricerche di Minot, Berry Hart, Gulland e dell'A. hanno dimostrato che l'epitelio di rivestimento della mucosa ha tanto nella gravidanza tubarica che nell'uterina una parte completamente negativa per quanto riguarda lo sviluppo dell'uovo. Ora che deve dirsi, domanda il Webster, dell'asserzione che l'uovo possa svilupparsi nella tuba solo quando il suo epitelio è stato distrutto dall'infiammazione? Basterebbe soltanto menzionare quei casi di gravidanza tubarica, nei quali nessun processo infiammatorio o morboso fu rinvenuto nella mucosa. Inoltre, come è stato ultimamente rilevato da Martin, contrariamente alle sue antiche credenze, in molti casi non vi ha dubbio che l'infiammazione segue alle alterate condizioni della tuba per lo sviluppo della gravidanza. Il Webster cita pure l'opinione di Bland Sutton, il quale ritiene non conforme al vero, o accadere assai di rado, la pretesa relazione tra salpingite desquamativa e gravidanza tubarica, avendosi nei casi di salpingite desquamativa l'occlusione dell'ostio addominale della tuba e si potrebbe giustamente affermare, secondo l'A., che come l'infiammazione dell'endometrio non favorisce lo sviluppo dell'ovulo, così la infiammazione della mucosa tubarica non è favorevole allo sviluppo della gravidanza tubarica.

Egli poi passa ad esaminare l'asserzione di Lawson-Tait, Berry Hart ed altri *che l'uovo umano può soltanto soffermarsi su di un tessuto connettivo dal quale l'epitelio di rivestimento è stato rimosso* e che questa denudazione della mucosa è fatta dalla mestruazione nella gravidanza uterina, dalla salpingite desquamativa nella gestazione tubarica. Tutte le ricerche recenti di embriologia hanno in verità avvalorato l'idea che l'attacco ed il primo sviluppo dell'uovo ha luogo interamente in relazione col tessuto connettivo sotto-epiteliale della mucosa. J. C. Webster nega però che la mestruazione sia il processo essenziale per la caduta dell'epitelio ed emette avanti le seguenti ragioni: 1.° la gravidanza può avvenire in una ragazza prima che compaia la mestruazione e quindi quando la mucosa non può essere denudata da questa; 2.° può aversi durante l'allattamento, quando non vi è mestruazione e dopo che la mucosa è completamente riformata; 3.° può aversi nella menopausa; 4.° la gravidanza può aversi pure nel corno rudimentario di un utero bicorne, e nel quale la mestruazione giammai si ebbe; 5.° può aversi nell'amenorrea consecutiva ad anemia, tisi, ecc.; 6.° nella grande maggioranza dei mammiferi la mestruazione non ha luogo ed in molti di essi sappiamo che l'uovo nei primordi si sviluppa in connessione col tessuto connettivo della mucosa, lo strato epiteliale essendo rimosso dall'ovulo stesso.

Secondo l'A., il potere assorbente dei trofoblasti o gli strati esterni dell'epiblasto fetale sono importanti fattori che possono spiegare la scomparsa dell'epitelio senza ricorrere per forza alla mestruazione. Inoltre ulteriori studi fatti dall'A. su gravidanze tubariche recenti hanno messo in evidenza le modificazioni nel connet-

tivo della mucosa, modificazioni che menano alla caduta dello epitelio di rivestimento per la formazione della decidua vera. Dopo di avere minutamente esaminato il significato del processo mestruale e citate le varie opinioni degli autori in proposito, l'A. cita il risultato di alcune sue investigazioni microscopiche fatte in casi di gravidanza tubarica tanto sulla mucosa uterina, quanto sulla mucosa dell'altra tuba non contenente il prodotto del concepimento. Questi risultati dimostrano come quasi sempre, più o meno estesamente, nella tromba non pregnante esistono formazioni di cellule deciduali, mentre la mucosa uterina subisce sempre la trasformazione deciduale. Questi fatti insieme alla evoluzione dell'utero e delle trombe di Falloppio suggeriscono all'A. un'ipotesi che si presta per dare una soddisfacente spiegazione a tutte le forme bene riconosciute di gravidanze ectopiche.

Egli passa in esame gli animali non mammiferi aventi un tratto genitale ed i mammiferi più elevati, venendo alla deduzione che l'uovo fecondato può solo svilupparsi in quella parte del canale genitale, ove può avvenire una *reazione genetica,* cioè una formazione deciduale. Se ciò è possibile aversi nelle trombe e nell'utero, non si ha invece nel peritoneo, perchè questo non può subire le necessarie modificazioni per l'attecchimento dell'ovicino. Nessuna spiegazione era stata data dal Lawson-Tait e da Berry Hart sulla impossibilità dell'occorrere della gravidanza primitivamente addominale. Infatti se è vero, dice l'A., quello che essi sostengono per la gravidanza tubarica, che cioè l'infiammazione desquamativa dell'epitelio ne sia la causa principale, allora non si comprenderebbe perchè un uovo fecondato non dovrebbe pure attecchire e crescere su d'una parte del cavo peritoneale, dove per lo stesso processo flogistico l'epitelio è stato rimosso. Così secondo l'A. la gravidanza ovarica è impossibile avvenire perchè il follicolo di Graaf non può rispondere all'influenza genetica e crede di doversi mettere in riserva tutti i vari casi di gravidanze ovariche pubblicate come tali.

* * *

Nel II.° capitolo l'A. si occupa della classificazione delle gravidanze ectopiche e ripassa tutta la letteratura dell'argomento. Dice come due nomi specialmente spiccano fra tanti, cioè quello del Dezeimeris e del Lawson-Tait, e divide tutta la letteratura in tre periodi: 1.° periodo anteriore a Dezeimeris; 2.° periodo compreso tra Dezeimeris e Lawson-Tait, e 3.° periodo o attuale. L'A. passa in rassegna i primi casi descritti, le vecchie classificazioni e quelle di Lawson-Tait, e dietro l'osservazione di varii casi controllati colle sezioni congelate, egli presenta la seguente classificazione, dalla quale essendo escluse le gravidanze ovariche e le addominali, lo studio non si riferisce che alle gravidanze tubariche:

I. *Ampollare,* in cui la gestazione comincia nella parte ampollare della tromba. È questa la forma più frequente.

1. Persistente. In rari casi la gravidanza tubarica può andare a termine.

2. La rottura può avvenire precocemente nel ligamento largo e dar luogo alla subperitoneo-pelvica, tubo-ligamentosa, extra-peritoneale, alla gestazione nel ligamento largo.

a) La gestazione può continuare a svilupparsi. Subperitoneo-addominale.

b) Una rottura secondaria della gravidanza subperitoneo-pelvica può farsi nella cavità peritoneale.

c) La gravidanza può avere i seguenti esiti:

α) Formazione di un ematoma.

β) Suppurazione.

γ) Mummificazione, adipocera, litopedion.

3. La rottura può avvenire nella cavità peritoneale:

a) Tubo-peritoneale in cui il feto colle membrane fuoriesce nel cavo peritoneale e la placenta restando entro le trombe la gestazione può continuare.

b) La gestazione può avere vario esito: o formazione di un ematocele con morte della inferma per *shock* o per peritonite; o assorbimento del prodotto del concepimento e formazione di un litopedion, mummificazione, saponificazione ovvero può finire colla suppurazione.

4. La gestazione può essere interrotta:

a) Per formazione di un aborto tubarico e suo passaggio attraverso l'estremo fimbriato della tuba nel cavo peritoneale.

b) Per la formazione di un emato-salpinx.

c) Per la formazione di una mola.

d) Per suppurazione colla formazione di un pio-salpinx.

e) Per assorbimento dell'ovulo nei primordi del suo sviluppo.

II. *Interstiziale.* La gestazione può svilupparsi nella porzione interstiziale delle trombe:

1. La gestazione può andare a termine.
2. Può rompersi nella cavità peritoneale.
3. Può rompersi nella cavità uterina.
4. Può rompersi in ambo le cavità.
5. La rottura può avvenire tra i due foglietti del ligamento largo.
6. Dopo la morte del feto, esso può restare nel sacco e può subire le stesse alterazioni già menzionate.

III. *Infundibolare.* La gestazione s'inizia nell'estremo esterno della tuba o in una estremità accessoria della tuba. Sotto questo capitolo debbono essere incluse le forme descritte come tubo-ovariche e tubo-addominali, denominazioni che sembrano all'A. non giuste essendo la gestazione tubarica in origine e soltanto il sacco ovulare divenendo aderente alla parete addominale, all'ovaio o ad altri visceri.

Nel III.° e IV.° capitolo l'A. viene studiando in dettaglio le varietà così classificate. Comincia dalla gravidanza tubarica ampollare e qui esamina la gravidanza extra-peritoneale, la sub-peritoneo-addominale, la rottura nella cavità peritoneale, la formazione dell'ematoma, la fuoruscita del feto nelle intestina, la gravidanza tubo-peritoneale, la emorragia nella cavità peritoneale, le sequele dell'ematocele, gli effetti del sangue sul peritoneo, l'aborto tubarico, l'emato-salpinx. Indi passa alla gestazione interstiziale ed esamina la gestazione in corno atrofico, la quale sebbene non sia veramente una gravidanza ectopica, pure merita di essere studiata tra queste per molti caratteri che ve la rassomigliano.

Nel capitolo V. l'A. si occupa delle considerazioni generali pertinenti alle gravidanze ectopiche e cioè dell'età, del lato ove la gestazione si forma, delle gravidenze ectopiche ripetute, di quelle composte, della gestazione uterina intercorrente, e dell'ernia della gravidanza ectopica.

Nel capitolo VI.°, che è veramente il più interessante, sono esaminati i cambiamenti anatomici di sviluppo e cioè le modificazioni che avvengono nella parte

muscolare della tuba, nel peritoneo, la formazione della decidua vera, della serotina, la decidua riflessa, i rapporti tra decidua ed uovo, l'epiblasto fetale, il corion, il corion placentale, i villi, il corion non placentale, l'amnios. Le 22 tavole che si trovano in fine al volume contengono le figure di numerosi preparati microscopici fatti dal Webster sopra un vasto materiale nel laboratorio del Royal College of Physicians di Edinburg e le sezioni microscopiche riguardano tutto questo capitolo, il quale è un contributo veramente importante. Originale è la parte che riguarda i primi rapporti tra uovo e decidua e l'importanza dell'epiblasto fetale. Il volere riassumere questo capitolo è assolutamente impossibile, onde rimando gli studiosi alla lettura completa di esso.

Il capitolo VII.° riguarda i sintomi ed i segni fisici della gravidanza ectopica e cioè vengono studiati i sintomi subiettivi, i dolori periodici in forma di coliche, l'emissione della decidua, quelli ottenuti coll'esame bimanuale, i fenomeni che si osservano a gravidanza a termine, il falso travaglio, ecc. Ciascuno dei sintomi è giustamente vagliato ed è riportata la opinione favorevole o contraria dei clinici più eminenti.

Il capitolo VIII.° si occupa della diagnosi e qui sono considerate minutamente le varie cause di errore e la diagnosi differenziale colla gravidanza uterina, colla retroversione dell'utero gravido, coi tumori ovarici, coll'ematocele ed ematoma, cogli essudati infiammatori, coi tumori maligni, colla gravidanza falsa, ecc.

Il capitolo IX.° infine è dedicato al trattamento. Quivi sono passati in rivista tutti i mezzi proposti come cura della gravidanza ectopica. Comincia dalle diverse droghe, passa alla compressione del sacco fetale, all'elettricità, all'elitrotomia, al trattamento moderno nelle varie forme e nelle loro complicazioni. Tutti questi metodi sono esposti con chiarezza di vedute e con serenità di giudizii veramente lodevoli.

Il libro di J. Clarence Webster è un contributo assai prezioso su di uno dei capitoli più interessanti dell'ostetricia. Il farne una minuta rivista equivarrebbe a tradurlo, poichè si tratta di osservazioni sì strettamente connesse fra loro che il disgiungerle varrebbe a menomare il valore dell'opera e l'A. merita il plauso sincero dei cultori della nostra specialità.

Prof. Emilio Curàtulo.

NOTIZIE

Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

La Società terrà la sua seconda adunanza annuale nei giorni 28, 29, 30 e 31 del prossimo Ottobre in Roma. In detta riunione, oltre le comunicazioni dei signori soci, si tratteranno ampiamente i seguenti temi:

1.° *Ematocele periuterino* (Relatore: prof. E. Pestalozza);
2.° *Estrazione del feto nel parto podalico* (Relatore; prof. E. Truzzi);
3.° *Antisepsi ed asepsi ne' parti* (Relatore prof. L. Acconci).

Congresso Internaz. di Ostetricia e Ginecologia.

La seconda sessione del Congresso internazionale di ginecologia ed ostetricia avrà luogo a Ginevra *nella prima quindicina di Settembre 1896.* Fu un errore di qualche giornale l'aver annunciato questa sessione per l'anno 1895.

Le questioni ufficiali, per le quali sono stati scelti relatori di differenti paesi, sono le seguenti:

Ostetricia . . { Frequenza relativa e forme le più soventi osservate dei restringimenti del bacino secondo i differenti paesi.
Trattamento della eclampsia.

Ginecologia . { Trattamento operativo delle retro-deviazioni uterine.
Suppurazioni pelviche e loro trattamento.
Modo di sutura delle pareti abdominali; migliore procedimento per evitare ascessi, eventrazioni, ernie, ecc.

Contemporaneamente al Congresso avrà luogo una esposizione d'apparecchi e di istrumenti annessi all'ostetricia e ginecologia.

Prof. Luigi Mangiagalli, ***Direttore responsabile.***

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVII. Luglio 1895. Num. 7.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
24 SEP 95
LIBRARY

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

Contributo alla cura operativa della gravidanza extrauterina

PEL
Prof. ERNESTO PESTALOZZA

Sebbene il caso clinico che forma oggetto principale di questa mia comunicazione ritragga il suo speciale interesse dalla sua eccezionalità, e non varchi perciò i limiti della casistica curiosa, io però mi sono fatto la convinzione che la linea di condotta seguita abbia avuto una certa parte nel risultato soddisfacente, sicchè il portare l'attenzione del pubblico su di una adatta risorsa, applicabile ad una fra le contingenze più ardue dell'ostetricia operativa, ritengo sia opera non del tutto inutile.

Si tratta di un caso di laparotomia primaria per gravidanza extrauterina. Per *laparotomia primaria,* accettando una nomenclatura più o meno giustificata, ma ad ogni modo adottata nel linguaggio comune della specialità, si suole intendere l'intervento laparotomico in casi di gravidanza extrauterina che abbiano raggiunto o quasi il termine consueto della gravidanza, se l'atto operativo si proponga lo scopo di estrarre il feto vivo dal ventre della madre. Si potrà discutere sull'opportunità della qualifica di primaria che fu data a questo genere di laparotomia, e Lawson Tait ad es. rifiuta recisamente di consacrarne colla sua autorità l'uso (1), ma non si può disconoscere la convenienza di fare, nella serie delle operazioni dirette alla cura della gravidanza extrauterina, una categoria a parte di quelle che, con manifesto abbandono della più abituale linea di condotta, si vogliono rivolgere, non solo al vantaggio

della madre così seriamente messa in pericolo, ma eziandio a tutela della vita del feto, generalmente in tali contingenze affatto trascurata.

Ora la laparotomia eseguita con questo intendimento, e alla quale conserveremo, per solo omaggio alla consuetudine, la qualifica di primaria, è operazione la cui opportunità si presenta relativamente di rado nella gravidanza extrauterina, sia perchè per necessità, o per aderire a massime consacrate da vasta esperienza, si prescelga l'intervento in un'epoca precoce assai della gravidanza, sia perchè molteplici preoccupazioni, in parte reali, in parte fantastiche, fecero per lungo tempo considerare l'intervento a feto vivo come sommamente pericoloso. Se aggiungiamo gli infiniti pericoli che minacciano durante tutta la gravidanza non pure la vita della madre, ma quella anche del feto, si comprenderà come ben pochi siano i casi in cui ci accade di trovarci ad aiutare una donna che porti un feto vivo al termine di una gravidanza extrauterina.

Data questa rara eventualità, come si dovrà comportare l'ostetrico?

Sarebbe al certo inopportuna presunzione il voler basare su di un unico caso clinico una risposta qualsiasi a questa domanda. Fortunatamente però siamo omai nella opportunità di attingere ad una larga, quasi secolare esperienza, e il passare in rivista tutti i casi in cui si adottò il temperamento della laparotomia primaria, se mi permetterà di giustificare la mia condotta nel caso attuale, mi concederà forse anche di contribuire a dissipare taluna fra quelle prevenzioni che si elevano contro questo metodo di intervento, e di studiare, fra i diversi procedimenti operativi seguiti a questo intento, quale meriti nei singoli casi la preferenza.

Prima ancora di passare a questa rapida rivista possiamo però senz'altro accennare all'obbiezione fondamentale fatta alla laparotomia primaria, obbiezione che si riassume nel timore di una gravissima emorragia, forse infrenabile, se col feto vivo venga rimossa la placenta, o di una infezione, se dopo l'estrazione del feto vivo venga abbandonata la placenta nel ventre della donna. Questi timori parvero così giustificati dai desolanti risultati delle prime statistiche un po' numerose, che qualche paziente indagatore si diede la briga di raccogliere, da mettere affatto nell'ombra i pochi risultanti brillanti qua e là segnalati, e da far portare una condanna assolutamente sfavorevole sulla operazione stessa.

Vedremo se e fino a qual punto le statistiche attuali giustifichino

l'anatema. Il raccogliere il materiale di confronto non riuscirà difficile spigolando nelle statistiche di Keller (2), di Harris (3), di Werder (4) e nella più recente e completa di Orrillard (5), coll' intento di correggerne qualche inesattezza e di completarle per quanto è possibile. È in questi raffronti che cercheremo, non solo la giustificazione della così detta laparotomia primaria, ma ancora la guida per scegliere una tecnica operativa che garantisca più efficace l' intervento.

1. Il primo caso che la letteratura a me nota registri è quello di Müller (6), verificatosi nel 1809. Pare che la fortuna abbia arriso in modo straordinario al primo audace tentativo, perchè, diagnosticata la gravidanza extrauterina a termine e l' inizio del falso travaglio, fu facilissimo l'estrarre il feto attraverso ad una incisione di sei pollici, agevole assai l'ablazione della placenta, insignificante l'emorragia, felicissime le conseguenze per la madre e pel bambino.

2. Ben diverso fu l'andamento del 2.° caso, quello dell'Heim (7). Gli autori che se ne sono occupati, registrano il caso come avvenuto nel 1807. In realtà esso data dal 1813; così risulta da un opuscoletto che ho fra le mani, e che nell'ingenua redazione offre più d'un punto interessante, non foss'altro perchè Heim afferma letteralmente di aver fatto diagnosi di gravidanza extrauterina al 4.° mese quando, chiamato la prima volta presso la donna, egli la vide dal limitare della porta, prima ancora di entrare nella camera. La gravidanza fu lasciata andare al termine, e il 29 Agosto 1813, dopo diversi giorni di falso travaglio, fu decisa la laparotomia, estraendo un feto vivo, maschio, che si trovava libero fra le anse intestinali, ed al quale, per romantica allusione alla sua strana origine, fu dato il nome di Macduff. Il bambino viveva ancora florido nel 1817, epoca della pubblicazione dell'Heim. Non sopravisse però la madre, che soccombeva il 31 Agosto, non essendo l' operatore (dott. Bruckert) riuscito, dopo la laparotomia, a ridurre le anse intestinali. La placenta era stata lasciata in posto.

3. Il dott. Novara (8) operava il 7 Dicembre 1814 una tal Teresa Corradi di Porto Maurizio, che il 20 Novembre aveva espulso dall'utero un corpo qualificato per mola, e nella quale si diagnosticò una gravidanza extrauterina. La laparotomia permise di dar esito ad abbondante liquido, che il Novara ritenne per ascitico piuttosto che per amniotico, e di estrarre un feto vivo di sesso femminile. La placenta fu lasciata in posto, facendo uscire il cordone dall'angolo inferiore della ferita. La donna moriva per peritonite in 33.ª giornata. All'autopsia la placenta fu trovata inserta sul fondo dell'utero, l'ovaio e la tromba sinistra.

4. Mattfeld (9) operava nell' ottavo giorno dall' inizio del falso travaglio. La placenta inserta nella fossa iliaca fu lasciata in posto. Morte dell'operata al 20.° giorno per infezione (1827).

5. Schreyer (10) il 16 Settembre 1837 estraeva mediante laparotomia un robusto feto maschio: la placenta si presentò da sè alle labbra della ferita. La donna guarì ed il feto sopravisse.

6. Hauff (11) nel Marzo 1841 interveniva colla laparotomia in donna che aveva quasi raggiunta la fine dell'ottavo mese di gravidanza: estratto il feto, che aveva deformi le estremità inferiori, e che sopravisse per 50 ore, si durò fatica a rimuovere parzialmente la placenta; il residuo rimasto in posto continuava a dar sangue: il ventre fu rinchiuso lasciando un drenaggio di filaccie all'angolo inferiore della ferita. L'operata moriva in 24 ore.

7. Lazzati (12) avrebbe operato nel 1852 una donna al nono mese, in condizioni gravissime; il feto gravemente asfittico non si potè rianimare. La madre morì 22 ore dopo.

8. Bisogna venire fino al 1863 per trovare un altro caso, del Koeberlé (13), che il 27 Marzo 1863 estrasse un feto maturo, del peso di gr. 3017, il quale soccombette dopo 24 ore: non potè dominare che imperfettamente l'emorragia, col mezzo di legature parziali, lasciando la placenta in posto e suturando il sacco alle pareti addominali: l'operata morì quasi subito.

9. Greenhalgh (14) operò nel 1864 in condizioni disperate: ebbe un feto che sopravisse un'ora; la madre morì in 32 ore.

10. Sale (15) nel 1870 eseguì una laparotomia primaria per estrazione di un feto vivo in una donna su cui dovette immediatamente far seguire il taglio cesareo allo scopo di estrarre un secondo feto pure vivo intrauterino. La donna morì in 4.ª giornata di setticemia. La placenta era stata rimossa assieme col feto.

11. Meadows (16) nel 1872, in donna in cui era stata diagnosticata la gravidanza extrauterina, ma sospettata la morte del feto, estrasse colla laparotomia un feto immaturo che visse poche ore. Distacco della placenta, ed emostasi spontanea: una grande porzione del sacco fu lasciata in posto: il ventre richiuso. Morte per collasso. La placenta era inserta verso la tasca del Douglas. (A ragione l'Orrillard ridà al Meadows il caso che l'Harris attribuisce allo Scott).

12. Jessop (17) nel 1875, in base ad esatta diagnosi, praticò la laparotomia su donna all'ottavo mese di gravidanza: il feto era assolutamente libero fra le anse intestinali. La placenta copriva l'ingresso del bacino: pareva fissata anche al crasso; il suo centro offriva una prominenza arrotondata corrispondente al fondo uterino. Fu lasciata in posto, ed il cordone assicurato all'angolo inferiore della ferita. Eliminazione graduale. Guarigione. (L'Orrillard attribuisce erroneamente il caso al dott. Clayton, che non fu l'operatore).

13. Spiegelberg (18) il 5 Marzo 1877 interveniva in condizioni gravissime, quasi disperate, su donna a termine e in falso travaglio da 4 giorni: il feto, vivo, soccombette dopo tre mesi. La placenta fu rimossa parzialmente, ma si dovette interrompere il distacco per la grave emorragia sopraggiunta. Il sacco fu cucito alla ferita addominale e fu posto un drenaggio. Poche ore dopo, morte per collasso.

14. Heywood Smith (19) il 25 Maggio 1877 estraeva colla laparotomia un feto vivo, ma che soccombette dopo 40 minuti. Esportazione parziale della placenta: il resto vien lasciato in posto; drenaggio con

tubo di vetro. La donna muore dopo 22 ore. All' autopsia si trovò che l'estremità esterna della tromba sinistra forniva l'impianto alla placenta.

15. Gervis (20), il 5 Novembre 1877, estrazione di un feto a termine asfittico, che morì dopo sei ore. La placenta venne lasciata in posto, il sacco suturato all'angolo inferiore della ferita. Morte in terza giornata. All'autopsia fu vista la placenta inserta su tutta la faccia posteriore del legamento largo di destra, spingendosi fin contro la faccia interna del cieco.

16. Fränkel (21), il 19 Agosto del 1878, si trovò ad operare una donna nella quale era stata inutilmente tentata la puntura del sacco per uccidere il feto. Il battito cardiaco non si avvertiva: la gravidanza rispondeva al 7.° mese. Il feto estratto vivo morì nelle 24 ore. La placenta fu in parte rimossa, ma l'ablazione si dovè interrompere per la violenta emorragia: le pareti del sacco furono assicurate alle pareti addominali con dei punti da materassaio, e si lasciò un drenaggio all'angolo inferiore della ferita. Morte per collasso. La placenta si trovò immedesimata coll'angolo sinistro dell' utero.

17. Schröder (22), nel Maggio del 1879, estraeva un feto vivo del peso di gr. 2630, che sopravvisse, ma fu perduto di vista dopo sei mesi. La placenta fu lasciata intatta; si praticò un tamponamento addominale ed un drenaggio per vagina. Rinnovatasi l' emorragia, la donna morì dopo 36 ore.

18. Vedeler (23), lasciò pure in posto la placenta suturando il sacco alla parete addominale, dopo aver estratto un bambino che morì dopo due giorni; la donna soccombette il giorno dopo.

19. Litzmann (24), il 10 Gennaio 1880, estrasse un feto vivo di 2660 gr., che non si potè rianimare, lasciò in posto la placenta dopo una operazione che durò due ore e mezza: il sacco fu cucito ai margini della ferita. La donna morì in 16.ª giornata di setticoemia, dopo estratta manualmente attraverso alla ferita la placenta putrefatta.

20. Lawson Tait (25), operava il 31 Gennaio 1880, assieme con Savage, una donna in condizioni assai gravi. Il feto fu estratto senza difficoltà; era una bambina viva che pare sia ancora viva e robusta. La placenta fu lasciata in posto, il sacco suturato alla ferita addominale. La donna morì di collasso in 4.ª giornata. Il caso è ben noto per essere stato oggetto di curiose contestazioni fra Harris e l'Autore, che volle più tardi sostenere di avere parecchi casi congeneri, mentre nella sua comunicazione afferma esplicitamente essere stato questo il primo caso occorsogli a feto vivo.

21. Wilson (26), nel Maggio 1880, vede una donna che ha partorito da circa un mese un feto di otto mesi, e che si presenta ancora gravida di un feto extrauterino. Operazione a termine. Feto vivo e che morì a 18 mesi. La placenta fu lasciata in posto attirando il cordone all'angolo inferiore della ferita. Morte alla 90.ª ora dopo l'operazione. L' inserzione placentare fu trovata sul fondo e sul lato sinistro dell' utero, sulla tuba sinistra, un po' sul legamento largo e sulla fossa iliaca sinistra. Per insufficienza di dettagli, e non avendo potuto consultare il lavoro nell'originale, non posso tener conto di un caso del Boyland che ha con questo del Wilson tanti punti di contatto, da lasciare il sospetto che si tratti in realtà dello stesso caso: l'operata morì in 4.ª giornata (27).

22. Netzel (28), nel Luglio 1880, operando a termine, estrae un feto che soccombe al pari della madre, dopo 48 ore: il sacco fu in parte esportato, in parte fissato alla ferita. Il bambino pesava 2825 gr.

23. Martin (29), nel Luglio 1881, con intervento assai precoce, estrae un feto del peso di gr. 785 e affetto da encefalocele, quindi incapace di vita extrauterina. La placenta, inserta specialmente sul pavimento pelvico e lungo il bordo dell' utero, viene staccata dopo aver gettato dei punti profondi lungo la base del legamento largo. Drenaggio vaginale. L'utero dava molto sangue. La donna guarì.

24. Beisone (30), il 13 Luglio 1881, si trovò ad operare una donna d'anni 40, primigravida; avvertiti i battiti cardiaci fetali, colla laparotomia fu estratto un feto perfettamente maturo, che gridò subito. La placenta, lassamente aderente verso la fossa iliaca destra, fu agevolmente staccata: per ottenere l'emostasi bastò pel momento la pressione con spugne: le pareti del sacco furono lasciate in posto. Il ventre fu chiuso completamente: più tardi si immise un drenaggio all'angolo inferiore della ferita. La donna morì in 6.ª giornata. Il bambino visse, e pare sia tuttora vivo e sano.

25. Hildebrandt (31), il 15 Febbraio 1882, estrae colla laparotomia un feto vivo. La placenta, inserta nello spazio del Douglas, vien lasciata in posto suturando il sacco alle pareti e mettendo un drenaggio. Morte dopo 10 giorni. All'autopsia si trova che la placenta aderisce alla faccia posteriore del legamento largo e dell' utero, il quale è aumentato di tre volte il suo volume normale.

26. Hildebrandt (31), il 3 Ottobre 1882, ricorre alla laparotomia per estrarre un feto asfittico che non può essere rianimato (peso gr. 2200). La placenta viene lasciata in posto e la ferita chiusa, con un drenaggio all' angolo inferiore. La donna moriva 17 ore dopo. All'autopsia la placenta si vede spingersi al di dietro dell' utero retroflesso, e arrivare in avanti contro la vescica.

27. Lazarewitch (32), dopo estratto un feto di gr. 2940, estrae parzialmente il sacco e sutura il rimanente all'angolo inferiore della ferita. La donna guarì dopo eliminazione graduale della placenta.

28. Champneys (33), il 19 Ottobre 1886, interveniva colla laparotomia in donna al 7.° mese di gravidanza. Estratto il feto, che visse appena qualche istante, la placenta fu lasciata in posto, il cordone fissato all'angolo inferiore della ferita assieme a due tubi di drenaggio. La donna morì per infezione secondaria, che l'autore crede arrivata alla placenta lungo le aderenze intestinali; la placenta due mesi e mezzo dopo l'operazione aveva ancora il volume di una testa fetale.

29. Stadfeldt (34), il 29 Gennaio 1886, interviene in donna al supposto termine di gravidanza extrauterina: estrae un feto che visse poi 7 mesi e che presentava molte deformazioni scheletriche. Lasciata in posto la placenta, il sacco, tamponato, fu fissato alla ferita addominale: non fu però possibile impedire che si lacerasse. La placenta, molto grossa, aderiva al margine destro dell'utero. La donna morì dopo 38 ore.

30. Price (35), il 30 Marzo 1887, operò al settimo mese di gravidanza essendosi manifestati i segni di rottura del sacco e di peritonite. La

placenta che aderiva all'utero, all'ovaio, al legamento largo, alla parete pelvica, fu lasciata in posto. La madre morì dopo 14 giorni: il bambino dopo 4 ore.

31. Williams (36), trovato vivo il feto, interviene colla laparotomia il 6 Giugno 1885 ed estrae un feto vivo che presentava alcune deformazioni, e che morì dopo pochi minuti. La placenta fu lasciata in posto, il cordone fissato col sacco ai margini della ferita con un tubo a drenaggio: dopo lenta eliminazione, guarigione della donna.

32. Breisky (37), operava il 29 Ottobre 1887, alla fine dell'ottavo mese di gravidanza, estraendo un feto asfittico, prontamente rianimato, che sopravisse 19 giorni e soccombette ad una infezione ombelicale. La placenta e il sacco intiero furono snucleati dal legamento largo, allacciando questo alla sua congiunzione coll' utero. La donna guarì.

33. Treub (38), operò il 29 Maggio 1888, una donna che era giunta alla prima metà del nono mese di gravidanza. Il bambino del peso di gr. 2065 e lungo 46 cm. sopravisse. Resezione parziale del sacco: sutura del resto alla ferita addominale e tamponamento. La donna guarì.

34. Eastmann (39), operò nel 1888 estraendo un feto vivo: distaccò completamente il sacco e la placenta, mettendo una sutura a catena sul legamento largo. La donna guarì.

35. E. Braun-Fernwald (40), il 12 Ottobre 1888, praticò la laparotomia: feto vivo di gr. 2385. Non fu veramente necessario di aprire la cavità peritoneale: la placenta fu staccata. La donna perdette molto sangue, e morì poco dopo l' operazione. All' autopsia si constatò che il sacco era innestato sugli annessi di sinistra.

36. E. Braun-Fernwald (40) il giorno 11 Febbraio 1889 trovava alla laparotomia il feto passato nella cavità addominale: poca reazione del peritoneo; solo le anse intestinali coperte da scarso essudato. Il feto, avvolto in coaguli fibrinosi, nacque asfittico, fu presto rianimato, ma morì dopo 12 ore per polmonite da aspirazione. La placenta si potè staccare dalla parete posteriore dell'utero dopo allacciati i vasi afferenti. Il resto del sacco fu fissato alla parete addominale, assieme al moncone dell' utero, che si dovette amputare per frenare l' emorragia dalla sua faccia posteriore. La donna guarì.

37. Negri (41) narra con giusta compiacenza che il suo caso sarebbe il primo in Italia con esito felice per la madre. Il bambino visse 18 ore, pesava 1800 gr.: aveva il parietale anteriore appiattito. La placenta fu staccata, e per frenare l'emorragia si dovette rinchiudere con un laccio il sacco. Apertura secondaria di una raccolta purulenta: guarigione.

38. Spaeth (42) operò il 16 Giugno 1887 una donna nella quale aveva diagnosticato una gravidanza extrauterina infralegamentosa ed estrasse un feto di 2100 gr. con alcune deformità, che morì dopo 24 ore. La placenta fu lasciata in posto: tamponamento: morte della donna dopo tre giorni. All'autopsia si trovò la placenta innestata alla tuba destra ed al corrispondente legamento largo.

39. Olshausen (43) il 1 Novembre 1888 opera su donna febbricitante, due o tre settimane prima del presunto termine della gravidanza. Feto perfettamente libero fra le anse intestinali; solo alcuni lembi di mem-

brane aderiscono alla placenta, la quale si può facilmente staccare dal legamento largo destro assottigliato, dopo avervi collocato qualche allacciatura. La maggior parte dei vasi della placenta provenivano dai vasi utero-ovarici. Chiusura completa dell'addome: guarigione della donna. La bambina visse e si sviluppò assai bene. Il caso è importante anche per la ripetizione della gravidanza extrauterina al lato sinistro dopo un anno dall'operazione, con esito di rottura della tuba, che necessitò una seconda laparotomia, pure con esito felice.

40. Olshausen (43) operò un secondo caso il 27 Febbraio 1889, all'incirca due settimane prima del termine. Il feto vivo, ma deforme per piedi vari e asimmetria del cranio, visse 1 1[2 ora. La placenta fu lasciata in posto, il sacco suturato alla ferita, e tamponato con garza all'jodoformio. La placenta fu eliminata tardivamente, lasciando un seno fistoloso che durò sei mesi.

41. Taylor (44) il 24 Giugno 1890 estrae un feto vivo e vigoroso a termine di gravidanza: lascia la placenta mettendo un drenaggio presso il cordone all'angolo inferiore della ferita addominale. Tolto poi il drenaggio, la ferita si richiuse e si dovette riaprirla in dodicesima giornata per rendere possibile l'eliminazione della placenta che cominciava a putrefare: appena estratta questa, si ebbe un'emorragia che si dovette combattere col tamponamento. La donna guarì. La bambina aveva molte asimmetrie scheletriche, e da prima prosperò, poi dopo qualche mese morì di convulsioni.

42. Strauch (45) il 19 Novembre 1891 estrae un feto vivo del peso di gr. 1096 e lungo 36 cent. Per frenare l'emorragia insorta durante l'atto operativo si mettono pinze sul legamento infundibolo pelvico, e un laccio elastico sul collo dell'utero, laccio che vien tolto dopo aver proceduto ad una emostasi definitiva con suture lungo il margine sinistro dell'utero. Ablazione completa della placenta. Guarigione della donna.

43. Guéniot (46) ricorre alla laparotomia nel Febbraio 1891, estrae un feto di 1500 gr. che vive per un'ora e mezza. La placenta vien lasciata in posto con un tamponamento alla Mikulicz. Morte della donna in 6.ª giornata per una peritonite, cui non fu estranea una compressa abbandonata nel ventre.

44. Chroback (47) il 17 Giugno 1890 opera d'urgenza una donna con segni di minacciante rottura: estrae un feto di 1120 gr. che muore in seconda giornata: distacca la placenta aderente alla faccia posteriore dell'utero, dopo aver gettato un laccio elastico provvisorio sul collo; è anzi costretto ad amputare l'utero fissando il peduncolo all'esterno. Guarigione.

45. Schneider (48) riferisce di un caso in cui Körte praticò la laparotomia al 7.° (?) mese ed estrasse un feto lungo 27 cent.: i battiti fetali non erano stati avvertiti. Distacco e rimozione della placenta: punti di sutura per frenare l'emorragia: tamponamento con garza jodoformica. Guarigione. La malata soccombette più tardi ad una operazione praticata per guarirla di uno sventramento susseguito alla laparotomia.

46. Schauta (49) il 10 Gennaio 1891 interviene per una gravidanza tubarica destra a sviluppo completamente interlegamentoso, nel corso del 6.° mese lunare. Il feto lungo 27 cent. fece qualche conato di respirazione: era stato esportato assieme al sacco integro previa legatura del

legamento infundibulo pelvico e snucleamento dai foglietti del legamento largo: per ultimo si staccò il sacco dall'angolo destro dell'utero, frenando l'emorragia con parecchi punti di sutura. I margini della breccia peritoneale furono fissati all' angolo inferiore della ferita, insinuandovi un tampone alla Mikulicz. La donna guarì.

47. Frommel (50) con una laparotomia praticata il 6 Giugno 1891 estrae un feto vivo, di 1800 gr. e lungo 42 cent., che morì poi di sei mesi per catarro gastrico. La placenta fu lasciata in posto; una grave emorragia, insorta nei tentativi di distacco, si frenò con tamponi alla garza jodoformica. Si ebbe poi intossicazione jodoformica, e formazione di una fistola stercoracea che si chiuse spontaneamente dopo 3 mesi.

48. Mordecai Price (51) il 13 Ottobre 1892 estrasse un feto vivo a termine. La placenta non si giudicò asportabile, perchè inserta, oltrechè alla tromba, a tutta la parte sinistra del bacino: il sacco fu cucito alla ferita addominale e zaffato. Dopo trentatre giorni si potè snucleare la placenta. Si produsse una fistola stercoracea che impiegò 14 settimane a chiudersi.

49. Johnson (52) operò un primo caso di laparotomia primaria all'ottavo mese: il bambino non sopravisse, la placenta fu lasciata, la donna morì di setticoemia.

50. Johnson (52) in un secondo caso potè snucleare completamente il sacco, ed ebbe guarigione. Il feto sopravisse (?).

51. Urbain (53) il 12 Maggio 1893 estrasse colla laparotomia una voluminosa bambina (4500 gr.). La placenta fu estratta, il sacco tamponato con garza jodoformica. La donna guarì.

52. Guéniot (46) estrae il 14 Dicembre 1893 una bambina viva del peso di gr. 2980. La placenta intatta viene lasciata in posto: il cordone tagliato alla sua inserzione placentare. Drenaggio alla Mikulicz. La placenta si eliminò a lembi, persistendo una piccola fistola dopo due mesi. La bambina che aveva una leggiera depressione a livello della sutura fronto-parietale sinistra, morì in 15.ª giornata.

53. Marchand (54) il 29 Dicembre 1892 estrasse una bambina di 2980 gr. che morì di otto mesi per convulsioni: tolse la placenta, fermò il sacco alla ferita e lo tamponò. Morte della donna dopo due giorni per emorragia dalla sede di inserzione placentare.

54. Sippel (55) opera una donna gravida al settimo mese, non nell'intento di salvaguardare la vita del feto, ma considerando con Werth ogni gravidanza extrauterina a feto vivo come un tumore maligno da esportarsi al più presto. Nei tentativi di snucleare il sacco questo si rompe: se ne estrae un feto vivo ben sviluppato. Per dominare l'emorragia mediante allacciatura dell' arteria utero-ovarica, Sippel aggiunge alla incisione longitudinale delle pareti addominali una trasversale. Si riesce così a mettere sull'arteria prima una pinza poi un laccio: l'emorragia colossale allora si arresta; ma troppo tardi, e la donna muore dopo 10 ore nel collasso.

55. Rein (56) il 4 Febbraio 1890 tolse colla laparotomia un feto vivo di 3200 gr. e snucleò completamente l' uovo come si farebbe con una cisti intralegamentosa. Guarigione regolare.

56. Lebec (57) il 12 Marzo 1888 pratica la laparotomia: estrae un feto vivo che soccombette dopo 24 ore, ma del quale in realtà la vita non era sospettata: nell'estrazione del feto essendosi lacerata la placenta si ha strabocchevole emorragia che viene frenata colla compressione: la placenta vien lasciata in posto. La donna muore di collasso due ore dopo.

57. Rochet (58) il 21 Agosto 1891 operando col dott. Schoonen estrae un feto vivo, recide il cordone, abbandona la placenta e assicura alla ferita addominale il sacco zaffato. Guarigione dopo lenta eliminazione della placenta.

58. Lusk (59) il 19 Agosto 1893 opera una donna che ha finito il 6.° mese di gravidanza: estrae un feto vivo che sopravive per 14 ore. Allacciate le arterie utero-ovarica ed uterina del lato destro, si esporta in massa il sacco. La donna guarisce.

59. Regnier (60) il 29 Agosto 1893 opera in un caso complicato da peritonite acuta: il feto è libero fra le anse intestinali. La placenta inserta sul legamento largo di destra. Esportato il sacco a sviluppo intralegamentoso, si trova necessario associarvi l'amputazione sopravaginale dell'utero per rimediare all'emorragia: trattamento extraperitoneale. Il bambino del peso di 1700 gr. era asfittico, nè si potè rianimare. Guarigione rapida della donna. Dal preparato pare si trattasse di una gravidanza tubarica a sviluppo intralegamentoso, con successiva rottura del sacco e passaggio del feto nella cavità addominale.

60. Hofmeier (61) opera il 2 Dicembre 1893 per gravidanza interstiziale a termine. Il sacco era intimamente connesso coll'utero: dopo allacciatura delle arterie afferenti si estrae il feto, che dà ancora qualche segno di vita ma che non può essere rianimato. Estrazione parziale della placenta, sutura del sacco ai margini della ferita. Guarigione dopo lenta eliminazione della placenta.

61. Roncaglia (62) il 1.° Settembre 1893 operava a 7 mesi e mezzo di gravidanza; trovò il bambino vivo, del peso di 1740 gr., che sopravisse 23 giorni; allacciato e reciso il cordone in vicinauza del punto di attacco, abbandonò senz'altro la placenta nell'interno dell'addome, e chiuse completamente la ferita addominale. Il decorso consecutivo fu normale.

62. Cullingworth (63) il 13 Gennaio 1894 estrae un feto che risponde alla fine dell'ottavo mese e che visse fino al mese di Settembre. Al pari del Roncaglia il Cullingworth abbandonò gli annessi fetali nel ventre chiudendo completamente la ferita. Fu però costretto a riaprirla dopo 26 giorni, e la donna soccombette.

63. Werder (64) operò il 4 Aprile 1894: estrasse un feto vivo con marcata asimmetria della testa, che sopravisse 4 giorni. Nei tentativi di isolamento del sacco ebbe terribile emorragia che fu frenata mettendo prima delle pinze, poi dei lacci sull'arteria utero-ovarica e sulla uterina: fu allora possibile esportare la placenta: si lasciò un drenaggio alla Mikulicz; la donna guarì.

64. Treub (64). Senza data precisa è riportato dal Werder, e nei rendiconti della Società Ostetrica di Parigi del 1894 un caso di Treub riferentesi ad una gravidanza interstiziale tubo-uterina. Laparotomia circa tre settimane prima del termine. Il feto fu trovato libero nella

cavità peritoneale e sopravisse alcuni giorni. Per rimuovere la placenta ed il sacco, fu necessario associare l'amputazione sopravaginale dell'utero. La donna guarì.

A questi brevi cenni statistici aggiungiamo ora con qualche maggiore dettaglio la storia clinica del nostro caso:

65. Anna Pucci, d'anni 33, entra alla nostra clinica il 22 Genn. 1895. Mestruata dai 17 anni sempre regolarmente, sana sempre da giovane, ebbe i primi disturbi per fatto delle due gravidanze pregresse; la prima nel 91, normale ma seguita dalla comparsa, afferma la malata, di un'ernia ombelicale; la seconda turbata in tutto il suo decorso dai dolori e dalle molestie che da quest'ernia le derivavano. Normali del resto i due parti; la donna allattò essa stessa le due bambine, che crebbero sane e robuste. L'ultimo allattamento terminò il Marzo 1894. Ebbe mestruazioni durante tutto l'allattamento e l'ultima al 15 Maggio. Da allora cominciò ad avvertire qualche nausea; verso la metà di Luglio, cioè al termine del 2.° mese della presunta gravidanza, ebbe perdita di sangue dai genitali, perdita dapprima lieve, che si fece improvvisamente più abbondante e si accompagnò a vivi dolori e a qualche lipotimia, sì da dover essere soccorsa e messa a letto. Diminuiti i dolori, l'emorragia cessò completamente dopo 15 giorni. Stette bene 18 giorni, poi in Agosto nuovi dolori e lipotimie. Fu portata allora ad un ospedale di Roma, ove fu per diverso tempo: le fu detto esistere una gravidanza complicata da peritonite, poi fu dimessa. Sentiva in Agosto i moti attivi, e stette poi discretamente, disturbata solo da nuovi dolori sotto i colpi di tosse. Il 22 Gennaio dolori vivissimi alla zona ombelicale; pare alla donna che il feto, che fino allora ella sentiva egualmente ai due lati dell'addome, si spostasse definitivamente verso destra. Le fu consigliato di ricoverare alla Maternità, ove giunse lo stesso giorno.

Presenta addome molto teso e dolentissimo. A livello del bellico, fra i retti divaricati, si avverte una parte dura che ha i caratteri di una testa fetale; il tronco si insegue verso destra ove pare perdersi sotto l'arco costale. Battito cardiaco nel quadrante superiore destro. Tutti questi dettagli riferentisi alla gravidanza si possono malamente apprezzare per il forte meteorismo e l'estrema dolorabilità del ventre; bastano però a suggerire il sospetto di gravidanza extrauterina. Il sospetto diventa certezza quando dopo tre giorni, migliorate alquanto le condizioni della donna, scemato il meteorismo e l'estrema frequenza del polso, si può procedere ad un esame più completo nella narcosi. L'utero ampio e deviato verso sinistra è vuoto. La sua cavità è tappezzata da uno strato rilevato, molliccio, di cui si esportano col dito dei frammenti. Sono questi

frammenti che ad un esame microscopico dimostrano la profonda trasformazione deciduale della mucosa.

Gravidanza nella prima metà del nono mese, feto vivo, utero vuoto, ecco i dati su cui formuliamo la diagnosi di gravidanza extrauterina. La deviazione dell' utero verso sinistra ci fa presumere che l'impianto abnorme dell' uovo abbia avuto luogo a destra, e, tenuto conto della estrema superficialità delle parti fetali, dei dolori vivissimi che accompagnarono il 22 il brusco spostamento del feto, ecco la formula diagnostica che enunciamo il 26 Gennaio davanti agli studenti:

Gravidanza extrauterina tubarica destra con rottura del sacco e passaggio del feto tuttora vivo e sano nella cavità addominale.

In base a questo concetto, e visto il leggiero miglioramento nelle condizioni della donna, decidiamo di soprasedere ancora di alcuni giorni all'atto operativo, tenendo però tutto in pronto per una eventuale operazione di urgenza; ci sorregge in questa attesa la speranza di migliorare le condizioni di vitalità del feto, senza aggravare quelle della madre, che ha ormai superato felicemente uno dei momenti più pericolosi, quale quello della rottura del sacco. Specialmente però ci prefiggiamo di intervenire subito quando si accennino i primi sintomi di quel falso travaglio, che viene in questi casi in scena verso il termine della gravidanza. E così facciamo, e con una vigile sorveglianza ci portiamo fino alla mattina del 3 Febbraio; nella notte ai soliti dolori vivissimi dati dai moti fetali si sono aggiunti dolori col carattere delle contrazioni uterine; l'attendere oltre sarebbe estrema imprudenza. Nella posizione del Trendelenburg, cloroformizzata la donna, si apre il ventre un po' a sinistra della linea mediana e appare subito allo scoperto fra le anse intestinali il corpo del feto; su alcune anse si vedono deposti dei grumi di vernice caseosa, su altre delle striscie di meconio; una delle anse è intensamente congesta. Rapida estrazione del feto, recisione del funicolo fra due klemmer. Mentre da una parte si attende a rianimare il feto leggermente asfittico, si va alla ricerca della placenta, la cui massa enorme occupa l' ingresso del bacino largamente impiantata sul margine destro dell' utero e sviluppata nello spessore del legamento largo corrispondente. Evitando con cura ogni stiramento sulla placenta, si arriva a dominare la plica estrema del legamento largo, unica sua parte che non sia stata dispiegata dallo sviluppo dell' uovo; qui si sente pulsare l'arteria utero-ovarica e qui si getta un primo laccio che permette di iniziare il progettato isolamento. Di lì si procede radendo la base del legamento largo; si allaccia all'avanti quasi sulla linea mediana il legamento rotondo grosso più di un centimetro, e sotto l' enorme massa in parte isolata si getta un laccio elastico provvisorio che cade sul corpo dell' utero. Al disopra di questo laccio si esporta la massa placentare; la superficie di sezione dai vasi enormi interessa la cavità uterina e scorre obliquamente verso

la base del legamento largo destro. L'esportazione del sacco è omai completa, ma una emostasi conveniente sarebbe impossibile quando si rimovesse il laccio elastico. Stringere questo fino ad emostasi definitiva sarebbe imprudente, perchè anche un esame superficiale ci dimostra gli intimi rapporti colla vescica spostata. Perciò, fatto scorrere alquanto in alto il laccio, si comincia dall'isolare la vescica, poi inciso, in tutta la sua altezza il legamento l. sinistro, si aprono torno torno i fornici vaginali e coll'esportazione completa dell'utero si termina l'atto operativo. I fili vengono fatti passare in vagina, l'addome chiuso completamente.

Senza aver mai presentato un rialzo termico, la donna si alza dal letto dopo 20 giorni e sta bene. Però sul principio di Marzo, quando già stava per lasciar la clinica, viene disturbata da un tardivo incidente; uno dei pochi fili di seta abbandonati nell'addome, si è fatto centro di una circoscritta infiltrazione che desta una reazione febbrile e ci costringe a tenere la donna di nuovo a letto finchè il minuscolo ascesso si vuota spontaneamente, dando luogo a definitiva guarigione. La bambina, una bella bambina del peso di 3070 grammi, presenta un notevole appiattimento del parietale sinistro, quello che si trovava rivolto anteriormente. Non iniziandosi nella madre veruna portata lattea, si ricorre per la bambina all'allattamento artificiale, che dopo qualche peripezia viene abbandonato per ricorrere ad una buona nutrice.

Prima di accingerci a comparare fra di loro le numerose osservazioni, una parola sulle difficoltà diagnostiche incontrate nel caso nostro e sul modo con cui furono superate. L'esame nella narcosi cloroformica fu quello che ci pose in grado di eliminare ogni dubbio. Già prima di questo si avevano i segni tutti della gravidanza: nella narcosi soltanto si potè affermare essere l'utero vuoto, per quanto ingrossato, e il dito esploratore vi trovò libero accesso riuscendo ad esportare dei lembi di mucosa ipertrofica, che il successivo esame microscopico affermò per lembi di decidua. La donna era gravida, l'utero ingrossato ma vuoto, la diagnosi di gravidanza extrauterina si imponeva, pur rendendosi necessaria qualque riserva, di fronte alla possibilità che la sede della anormale gravidanza fosse rappresentata da un cornio impervio o rudimentale di un utero bicorne.

In riguardo alla condotta aspettante da noi seguita per alquanto tempo dopo affermata la diagnosi, la sua giustificazione deve scaturire dal giudizio che ci accingiamo a portare sui diversi casi di laparotomia primaria. Non si può dimenticare del resto che la donna si trovava in

una clinica, oggetto ad una sorveglianza continua, che perciò ad ogni istante del giorno e della notte, sarebbe stato possibile un immediato intervento laparotomico pel quale tutto era in pronto. Certo nella pratica privata sarebbe stata imprudenza differire, fosse pure di pochi giorni, l'intervento, in vista delle possibili gravissime complicazioni che da un momento all'altro potevano sopravvenire: non così in un istituto fornito a dovizia di esperto personale di assistenza.

Ma, atteso per quanto possibile l'approssimarsi del termine normale di gravidanza, e fermo il concetto di intervenire a feto vivo, quale via si doveva prescegliere per l'intervento?

È appena necessario di dire che delle due vie possibili, la vaginale e la laparotomica, non ci fermammo che un istante sulla prima, per subito respingerla. Opportuna per alcune modalità speciali d'intervento nei primi mesi, la via vaginale non rappresenta però che una risorsa di casi eccezionali, e mentre può essere ottima per svuotare un sacco gravidico passato dopo la morte del feto ad icorizzazione, è certamente troppo pericolosa per estrarre un feto vivo a termine, sia per le possibili estese lacerazioni nel passaggio del feto, sia, e più, per l'impossibilità di provvedere per essa in modo metodico alla rimozione della placenta ed all'arresto dell'emorragia.

Per mio conto nella cura della gravidanza extrauterina non ho avuto ricorso che due sole volte a questa via, l'una volta sotto forma di una incisione semplice nel fornice per dar esito al contenuto di una sacca gravidica suppurata; l'altra volta in forma di vera colpotomia con apertura del peritoneo, per estrarre un piccolo tumore formato dalla tuba gravida tuttora integra e peduncolata.

Scelta dunque la laparotomia, e nel proposito di estrarre attraverso alla breccia laparotomica il feto vivo, restava a decidere il modo di governo della placenta e del sacco. Il quesito era grave, e merita che lo si discuta con qualche dettaglio.

Non si può dire in verità che i risultati dati fino ad ora dalla laparotomia primaria siano stati sempre felici. La prima statistica del Keller (2) dà su 9 casi 5 donne morte, cioè il 44. 44 0[0. Più corretta, la statistica del Litzmann riduce i casi di guarigione ad uno solo sopra 10 osservazioni (24). Harris nel 1887 (3) raccoglie 27 casi con tre sole guarigioni (sono in realtà 26, se si deduce un caso erroneamente attri-

buito ad Hofmeier): una mortalità dunque dell' 88. 5 0[0 che giustifica l'affermazione dell' Harris che l'operazione rappresentasse fino a quel momento *l'obbrobrio della chirurgia addominale,* e dà ragione al Lawson Tait il quale nella statistica dell' Harris non vede che *un elenco di orribili disastri* (1). In una seconda statistica, nel 1888, l'Harris è in possesso di 30 casi con 5 successi: una mortalità sempre di 83. 34 0[0 (65): il Werder (4) è in grado di ricordare 17 casi felici per la madre. Molto più confortante risulta la statistica raccolta con pazienti indagini dall'Orrillard nel suo recente ed interessante lavoro sull' argomento: statistica che se io mi proposi il compito di correggere in qualche inesattezza di dettaglio e di completare nelle sue poche ommissioni, è al solo scopo di far emergere per quanto è possibile, come e fino a qual punto il metodo di operazione adottato abbia contribuito, specialmente nei riguardi del trattamento della placenta, ai pochi successi ed ai numerosi insuccessi che l'operazione ha finora dato.

Nella statistica dell'Orrillard, sono 57 i casi di laparotomia primaria (dei 61 casi, 3 furono curati colla elitrotomia, uno colla incisione della parete uterina per le vie naturali). Dei 57 casi raccolti dall'Orrillard morirono 33, una mortalità cioè del 57. 89 0[0. Leggermente diminuita appare la mortalità nella nostra statistica, che porta 32 guarigioni su 65 casi, cioè il 50. 76 0[0 di mortalità. Se poi si vogliano dividere i casi in due serie, prima e dopo del 1887, nella seconda serie di 35 casi annoveriamo 26 guarigioni, una mortalità del 25 0[0, il che è confortante indizio del progresso innegabile che una tecnica migliorata ha portato nei risultati. Se passiamo ad un esame un po' più dettagliato dei singoli casi, troviamo che a rigore alcuni casi non si prestano, per insufficienza di dettagli, a servire come sicuro termine di confronto. Il Litzmann già rilevava come il caso di Schreyer, riprodotto con poche varianti anche dallo Zwanck (66), difficilmente si possa ammettere come caso di gravidanza extrauterina, ma lasci piuttosto credere ad un errore diagnostico, specialmente data la facilità colla quale la placenta venne spontaneamente a staccarsi ed a presentarsi alla ferita, come se vi fosse portata dalla contrazione di un organo cavo muscolare: vi manca d'altra parte ogni dettaglio sulla conformazione e rapporti del sacco. A me pare che una certa riserva si imponga anche per qualche altro caso: così ad es. i due di Johnson, non foss'altro perchè nella letteratura non mi

fu dato di trovare che un accenno insufficiente senza indicazioni esaurienti. Il caso del Lazzati è privo di dati sul modo di trattamento della placenta: altrettanto si dica di quello del Greenhalgh. Rimangono 60 casi in 32 dei quali la placenta fu abbandonata nell'addome provvedendo variamente al suo trattamento: negli altri 28 la placenta fu rimossa con tutto o con parte del sacco. Se noi confrontiamo la mortalità relativa fra i due gruppi d'osservazioni, veniamo a questa conclusione:

1.° casi in cui la placenta fu lasciata in posto: 32 con 21 morte. Mortalità 65. 62 0[0;

2.° casi in cui la placenta fu rimossa: 28 con 9 morte. Mortalità 32. 14 0[0.

Da queste cifre emergerebbe subito la supremazia del secondo sul primo metodo, se non fosse ovvia l'obbiezione che in molti di questi casi si tratta di operazioni praticate senza il sussidio della antisepsi, e il cui risultato era quindi affidato alla fortuna più che al modo di operare: parrebbe quindi imprudente basare su dati così imperfetti un giudizio comparativo. Veramente ad una tale obbiezione si potrebbe rispondere col tener conto solo dei casi verificatisi da un'epoca in cui la laparotomia antisettica aveva già raggiunto la sua completa evoluzione; se partiamo ad esempio dalla prima statistica dell'Harris, i casi verificatisi di poi, cioè a partire dal 1887, sono in numero di 33 (non tenuto conto, come già si disse, per deficienza di dettagli, dei casi di Johnson), e si ripartono come segue:

1.° casi in cui la placenta fu lasciata in posto: 14 con 6 morte = 42. 85 0[0;

2.° casi in cui la placenta fu rimossa: 19 con 2 morte = 10. 52 0[0.

Potremmo quindi conchiudere che l'esame sommario delle statistiche più comprensive, anche se depurate, porta per l'uno dei metodi una mortalità gravissima, per l'altro una cifra di mortalità del 10 0[0, che si può senza sforzo paragonare a quella che è accolta come contingente medio quasi inevitabile di casi fatali per gli interventi laparotomici in genere, anche fra le mani dei più abili operatori (vedi le statistiche più recenti di Schauta, Leopold, Mangiagalli, ecc.).

Questo semplice raffronto potrebbe parere sufficiente perchè venga data senz'altro la preferenza al metodo di ablazione della placenta. Non dobbiamo però tacere alcune considerazioni che possono sminuire il va-

lore assoluto di una tale conclusione. Anzitutto il numero relativamente esiguo di casi a cui si riducono le singole serie: poi la riflessione che secondo ogni probabilità in molti dei casi in cui la placenta fu abbandonata, le circostanze stesse più difficili imposero questa linea di condotta, che cioè a carico di questa serie stanno probabilmente i casi più ardui per rapporti anatomici e per cattive condizioni generali, sicchè non sarebbe giusto attribuire tutta al metodo l'insufficienza dei risultati ottenuti.

Piuttosto, cerchiamo di vedere un po' più a fondo il processo che volta per volta fu seguito nelle due serie; soltanto così ci sarà possibile giungere a delle conclusioni più esatte ed attendibili.

I processi che dai diversi operatori furono tentati dapprima per iniziativa più o meno felice individuale, per svolgersi di poi in un vero metodo operativo, mi pare si possano riunire sotto i due seguenti gruppi, suddivisi in classi a passare dal procedimento più semplice al più complicato:

Abbandono della placenta.

1.° Abbandono puro e semplice, con chiusura completa della ferita addominale.

2.° Abbandono con chiusura incompleta della ferita addominale (drenaggio, tampone, sutura del sacco ai margini della ferita).

Ablazione della placenta.

3.° Distacco semplice della placenta seguito da chiusura dell'addome, o da tamponamento emostatico.

4.° Distacco preceduto o seguito da regolare emostasi dell'area di inserzione placentare (suture in posto, o allacciatura preventiva dei vasi utero-ovarici ed uterini).

5.° Distacco completato da una demolizione parziale o totale dell'utero.

* * *

Evidentemente i processi del 1.° gruppo rispondono alla preoccupazione dell'emorragia che dal distacco della placenta può immediatamente derivare: quelli del 2.° gruppo si informano ai timori che possono essere giustificati dall'abbandono o dalla lenta eliminazione della placenta.

Passiamoli partitamente in rivista per vedere ciò che l'esperienza dimostrò per ognuno di essi. Ci gioverà a quest'uopo tenere sott'occhio

l'unita tabella nella quale i casi sono ripartiti secondo i metodi operativi ed i risultati; i numeri rispondono a quelli progressivi nel nostro elenco statistico:

	Abbandono della placenta				Ablazione della placenta						
	1.ª Classe		2.ª Classe		3.ª Classe		4.ª Classe		5.ª Classe		
	Guarite	Morte	Guarite	Morte	Guarite	Morte	Guarite	Morte	Guarite	Morte	
Prima del 1887			12, 27, 31	2, 3, 4, 8, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 28, 29 (83.33 %)	1	6, 10, 11, 13, 14, 16, 24 (87.50 %)	23				88.88 %
Dal 1887 . . .	61	62 (50 %)	33, 40, 41, 47, 48, 52, 57	30, 38, 43, 54, 56 (41.66 %)	37, 51	35, 53 (50 %)	42, 45, 63, 32, 39, 46, 55, 58, 60, 34	(0 %)	36, 44, 59, 64, 65	(0 %)	24.24 %
	32				28						

1.° Il primo procedimento, che sta avanti a tutti per ideale semplicità operativa, non ha una storia molto lunga. Applicato a poca distanza di tempo dal Roncaglia prima, dal Cullingworth poi, cogli stessi identici intenti ma con esito felice nel primo caso, infausto nel secondo, esso ricorda assai bene una proposta già nel 1871 avanzata da Meadows (67) che alla società ostetrica di Londra proponeva *di tagliare il cordone rasente alla placenta, e lasciare questa al lento ma sicuro processo di disintegrazione ed assorbimento.* Quando l' anno dopo il Meadows si trovò nella circostanza di applicare il metodo da lui preconizzato, dovette rinunciarvi per un improvviso spontaneo distacco della placenta: il che non gli impedì di insistere nella proposta che, secondo lui, *offre le migliori probabilità di successo: è in stretto accordo cogli insegnamenti della fisiologia, e non fa violenza ad alcuna legge patologica conosciuta.*

Evidentemente a questa proposta del Meadows, accolta con favore dagli ostetrici inglesi, si ispirava Harris, quando diceva che: *il cordone si dovrebbe tagliare a ridosso della placenta, lavare il sacco, rinchiuderlo con punti sierosierosi alla Lembert, e suturare le pareti addominali senza drenaggio* (3). L'aggiunta della sutura delle pareti del sacco noi la troviamo riprodotta dal Negri in un altro procedimento di cui diremo in avanti: l'essenziale della proposta del Meadows sta nell'abbandono completo della placenta, fidando nel suo riassorbimento, o nella innocuità della sua presenza. Un' esperienza diremo così involontaria del metodo era stata fatta nel 1886 dal Champneys che, lasciata in posto la placenta, non aveva potuto impedire che la ferita si richiudesse ad onta del drenaggio collocato all' angolo inferiore, e nel 1890 dal Taylor che vedeva rinchiudersi quasi subito l' angolo inferiore della ferita, sicchè dovette riaprirlo in sesta giornata per rendere possibile la eliminazione della placenta putrefatta. Senza dare troppo valore a delle considerazioni aprioristiche, che potrebbero quando che sia venir trionfalmente smentiti da fatti come quello del Roncaglia, non si può però tacere che l' abbandono puro e semplice della placenta non pare debba elevarsi a metodo. O la placenta che si abbandona si vuol considerare come tessuto morto, ed allora non è possibile sgombrare la mente dal timore di tutti i pericoli che giustamente si prevedono da una massa abbandonata ad un processo di disfacimento necrotico, troppo facile terreno di sviluppo ai germi, che non è in nostro potere di tenere assolu-

tamente lontani dalla cavità addominale nella esecuzione, sia pur breve, di un atto laparotomico. Si può concedere coll'Olshausen e con altri che le mancate aderenze intestinali scemino di molto le probabilità di un inquinamento microbico della massa placentare, talchè il metodo si potrebbe con molto minori pericoli applicare là dove queste aderenze non esistono. Ma non mancano nel campo ginecologico esempii che possono valere come termine di paragone e che non sono tali di certo da ispirare troppa fiducia nel metodo. Un tumore dell'ovaio, ad esempio, che subisca una rapida torsione del peduncolo, se la torsione è a tal punto da sopprimerne affatto la vascolarizzazione, cade in preda ad un processo di necrosi ischemica. È bensì vero che una qualche eventuale aderenza coll'intestino può dare al fatto della torsione una importanza tutta speciale, favorendo l'immigrazione nella massa necrotica di germi che trovano un terreno privo di ogni resistenza vitale; ma non è meno vero, e l'esperienza sta largamente a dimostrarlo, che anche senza queste aderenze, la necrosi di una massa voluminosa, sia pure asettica, involge dei pericoli tutt'altro che lievi per la malata, e quelle aderenze che prima non esistevano, possono formarsi per dato e fatto della morte violenta di una così cospicua massa di tessuto, e alla fine l'icorizzazione si potrà produrre ad onta delle più rosee predizioni. Si aggiunga, per tornare al nostro assunto, che la laparotomia per sè, all'infuori della quasi inevitabile introduzione di germi, è nota come una fra le più potenti cause capaci di indurre delle aderenze fra i visceri addominali, ed eccoci spiegato come il Cullingworth, non certo novizio alle imprese laparotomiche, abbia lamentato un così sfavorevole risultato, e come occorra un cumulo di circostanze favorevoli perchè l'ardito abbandono della placenta passi impunito. Basterebbe questo a condannare il metodo, anche di fronte ad un risultato favorevole, se non si affacciasse pure un'altra considerazione. È proprio morto il tessuto che noi ci accingiamo ad abbandonare nel cavo addominale? O non ha forse alcun fondamento di verità il timore da tanti avanzato che la placenta, anche tolto il feto, possa continuare in una particolare forma di sviluppo? È un quesito che si presenta, non nuovo di certo, ma neppure in modo definitivo risolto. Che l'enorme sviluppo della placenta riscontrato in tanti casi di gravidanza extrauterina, più che ad un accrescimento dopo la morte del feto, sia dovuto ad una sproporzione primitiva, durante la vita del feto,

io non ho motivo di negarlo; chè anzi il nostro caso, con una placenta pesante, a feto vivo, 1350 gr., starebbe a dimostrarlo. Ma mi è necessario aggiungere che in questa placenta, oltre le caratteristiche che il Berry Hart ha sì ben descritto per le placente extrauterine, esisteva un fatto che qui mi pare si debba rilevare, la presenza cioè di forme cariocinetiche nell'epitelio coriale, indizio di un processo attivo che non si riscontra mai nei tessuti maturi delle placente intrauterine a termine, indizio di una attività formativa tutt'altro che spenta, che trova probabilmente la sua ragione di essere nell'ambiente insolito in cui si è sviluppata la placenta, e che deve inspirare qualche timore sulla possibilità di una ulteriore evoluzione, oggi tanto più, che a ragione tanto si teme dalle maligne trasformazioni di elementi placentari. Morto o vivo, il tessuto placentare rappresenta dunque per la donna una minaccia, più forse che non il feto, e a questo riguardo la sua rimozione immediata o mediata parmi debba meritare ogni preferenza su di un abbandono definitivo.

Per tornare alle semplici considerazioni statistiche da cui mi sono distolto, dirò che il caso di Roncaglia è tale da dissipare in parte queste prevenzioni, quantunque non senza risentimento generale siasi svolto il processo di riassorbimento della placenta abbandonata, ma che d'altra parte i casi abbastanza recenti del Taylor e del Cullingworth scemano la favorevole impressione, e consigliano di cercare altrove una via chirurgicamente più corretta.

2.° Da una parte il timore di una emorragia dal distacco immediato, dall'altra la cura di lasciare una via per l'eliminazione della massa placentare necrosata, hanno contribuito a suggerire i procedimenti che rispondono a questa classe. Il drenaggio più semplice ed ovvio parve essere quello fornito dal cordone ombelicale tratto all'angolo della ferita: poi vi si aggiunse, come lo portava la chirurgia dei tempi, uno stuello di filacciche, al quale venne in seguito sostituito un tubo da drenaggio in gomma od in vetro, per arrivare, in epoche più recenti, allo zaffamento alla Mikulicz. Un essenziale progresso fu raggiunto coll' esclusione della cavità peritoneale, limitando mediante la sutura del sacco alla ferita addominale una cavità extraperitoneale, in cui dovevano svolgersi i lenti processi di eliminazione della placenta. Il metodo che prima del 1887 non aveva dato che tre risultati favorevoli (Jessop, Lazarewitch

e Williams) su 18 operazioni, migliorò poi di molto, dando però sempre 5 morti su 12 casi. Le morti rispondono ai casi 30, 38, 43, 54, 56 della tabella ed in parte sono dovute all'insufficienza del mezzo emostatico (38, 54, 56), in parte alle ostinate suppurazioni ed a processi setticoemici (30, 43).

Anche tenendo conto adunque dei soli casi più recenti, resta a carico del metodo nelle sue diverse modalità una mortalità del 41. 66 0[0, cifra che non lo raccomanda certo per una ulteriore adozione. Si noti poi che dei casi che passarono a guarigione alcuni ebbero un decorso tempestoso, turbato come nei casi 47 e 48 dalla formazione di una fistola stercoracea, che passò a guarigione solo dopo una lunga cura consecutiva, o da intossicazione per le sostanze antisettiche largamente usate nello zaffamento, o reso molesto dall'ostinata persistenza di tragitti fistolosi, specialmente se usato lo zaffamento alla Mikulicz. Si noti anche che non sempre riesce efficace la sutura del sacco alle pareti addominali, potendo esso lacerarsi, come avvenne allo Stadfeldt. Talchè si può dire che, non sempre efficace all'intento di emostasi diretta che si propone, il metodo ha poi tali e tanti inconvenienti da sconsigliarne affatto l'applicazione.

3.° Questa classe comprende tutti i mezzi che, ammessa l'opportunità del distacco della placenta, furono ideati per frenare lì per lì l'emorragia spaventosa, riconoscendo l'impossibilità di arrestarla alle sue sorgenti (tamponamenti e così via). Per solito la placenta, o spontaneamente, o per trazione intempestiva si vedeva staccarsi dopo estratto il feto, ed il chirurgo si trovava costretto a improvvisare un mezzo per dominare l'enorme perdita di sangue. Come mezzi improvvisati, rispecchiano l'ingegnosità di chi li adottò a sventare una minaccia imminente, ma più che un metodo di elezione stanno a rappresentare una risorsa d'urgenza. Il primo che abbia ideato a questo scopo un procedimento regolare pare sia stato lo Spiegelberg che, obbligato dall'emorragia ad interrompere il distacco, finì col suturare il sacco alla ferita addominale: il Fränkel dovette suturare su larga estensione la superficie sanguinante alle pareti dell'addome. Più fortunato il Beisone potè frenare l'emorragia mediante la compressione diretta: lo stesso fece nel suo primo caso il Braun-Fernwald; ma sono quattro casi con altrettanti insuccessi. Il primo risultato felice in questi tentativi di emostasi lo dobbiamo al Negri che,

rimossa la placenta, suturò le pareti del sacco sopra la superficie sanguinante, affidando l'emostasi alla pressione che nell' interno del sacco così rinchiuso doveva prodursi. Urbain ricorse al tamponamento con garza jodoformica, così pure, ma con esito infelice, il Marchand. Il riscontrare 9 casi letali su 12, permette la conclusione che il rimediare colla semplice compressione immediata o mediata alla emorragia proveniente dal distacco placentare, non è metodo che assicuri a sufficienza una emostasi definitiva, ed espone, anche nei casi più fortunati, come quello del Negri, a non lievi complicazioni consecutive: che se anche si voglia tener conto solo dei quattro casi operati dal 1887, dà sempre una mortalità del 50 0[0.

4.° La necessità di un procedimento metodico per dominare la emorragia in caso di premeditato od involontario distacco della placenta, suggerisce i metodi più razionali che si raggruppano in questa classe, e che consistono o nella sutura diretta della superficie sanguinante, o nella emostasi preventiva mediante allacciatura delle arterie afferenti. Certo occorre una grande presenza di spirito nell'operatore, ed una pratica somma dei più ardui atti laparotomici, per arrivare ad una regolare emostasi mediante sutura diretta su una superficie dalla quale il sangue erompe a fiotti. Si capisce come l'impresa non abbia spaventato il Martin che primo la tentò e con successo; pressapoco in eguali condizioni si trovarono l'Eastmann, lo Strauch, lo Schneider ed il Werder e riuscirono a farsi padroni della emorragia, approfittando anche dei consigli dati dall' Olshausen riguardo all' allacciatura diretta dell' arteria uterina ed utero-ovarica. Più radicale ancora il processo di enucleazione completa del sacco, come si farebbe di una cisti a sviluppo intraligamentoso, processo proposto ed attuato dal Breisky, perfezionato dall' Olshausen, che seppe indicare la necessità di provvedere all' allacciatura delle arterie, ripetuto con poche varianti ma con costante successo dallo Schauta, dal Rein, dal Lusk, e sebbene in modo incompleto, dall' Hofmeier. Appartengono dunque a questa categoria 10 casi con 10 successi.

5.° Viene infine l'ultima categoria: per meglio assicurare l'emostasi specialmente dai margini e dalle faccie dell' utero sì spesso interessati dall'inserzione placentare, l'operatore si trova qualche volta costretto ad esportare col sacco il corpo dell'utero, già il nostro Belluzzi aveva preconizzato questa eventualità quando diceva: *fra i progressi dell'ostetricia non tacerò che l'amputazione utero-ovarica del Porro potrebbe trovare la*

sua applicazione in alcuni casi di gastrotomia per gravidanza extra-uterina, nei quali la cisti contenente il feto facesse corpo coll'utero stesso (68). La proposta del Belluzzi la troviamo messa in pratica dal Braun-Ferwald, dal Chroback, dal Regnier, dal Treub: nel nostro caso parve più sicuro ricorrere addirittura alla esportazione totale dell'utero. Se il successo costante nei cinque casi può già parere una giustificazione del metodo dal punto di vista statistico, io mi permetterò alcune considerazioni più particolareggiate a proposito del piano operativo da me seguito. — È indubbio intanto che anche la semplice demolizione del corpo dell'utero possa contribuire in modo efficace alla emostasi, se la placenta ha una larga base di inserzione sul margine stesso dell'utero, e tanto più se, dopo aver dispiegato nello sviluppo intralegamentoso i foglietti del legamento largo, arriva ad insinuarsi verso la faccia uterina anteriore o posteriore. Senza voler addentrarmi nell'ardua questione della topografia dell'uovo ectopico, è ovvio che un tale rapporto si può assai facilmente avere se la gravidanza si è sviluppata nella porzione istmica od interstiziale della tuba, e si potrà avere anche in casi di sviluppo nella porzione ampollare. Si pensi poi che, non solo per diretto impianto può la placenta contrarre connessioni vascolari coll'utero, ma anche per aderenze consecutive della faccia esterna, diremo materna, di quella porzione di sacco su cui si sia diffusa, nella sua esuberante produzione, la massa placentare, colla superficie sierosa dell'utero, e che queste aderenze, dato lo stato di esagerata vascolarizzazione dell'utero ipertrofico, saranno dopo il distacco della placenta facilmente sanguinanti. In tutte queste contingenze può tornare opera vana il tentativo di arrestare con punti di sutura isolati e in massa le emorragie dal parenchima uterino: è in casi di questo genere che tornò e riuscirà sempre risorsa preziosa l'amputazione del corpo dell'utero quando si voglia una emostasi perfetta, a meno di ricorrere, come consiglia il Martin, all'affrontamento per sutura della superficie cruenta con un'altra superficie degli organi contigui, il che non sempre riuscirà di fare.

Ma si immagini ora lo sviluppo placentare sulla superficie uterina accoppiato con un profondo sviluppo intralegamentoso, e si porti un momento lo sguardo alla tavola che va unita a questo lavoro. L'amputazione del corpo dell'utero, se poteva imporsi come necessità per provvedere all'emostasi della parte alta della zona di inserzione pla-

centare, nulla avrebbe potuto contro l'emorragia della parte bassa rispondente alla base del legamento largo destro nella sua parte intimamente connessa coll'utero: è fin nel tessuto paracervicale che dovette spingersi lo snucleamento, e unico mezzo per renderlo possibile, e per fare una operazione relativamente incruenta, fu appunto di associare a questo snucleamento l'esportazione dell'utero, ripetendo anche qui come in tanti altri campi dell'ostetricia operativa, i processi che la ginecologia ha dimostrato più idonei all' esportazione dei tumori. Si trattò cioè il sacco extrauterino intimamente adeso, fuso anzi coll'utero, al pari di un mioma a sviluppo intralegamentoso, ripromettendosi da questo modo di operare, non solo un minor pericolo immediato, ma anche un andamento consecutivo regolare, quale difatti si ebbe.

* * *

Se ora vogliamo riassumere i risultati del nostro esame di confronto ci crediamo autorizzati ad affermare:

1.° Che il metodo dell'abbandono puro e semplice della placenta non offre le garanzie indispensabili per un andamento consecutivo regolare.

2.° Che il metodo dell' abbandono con chiusura incompleta della ferita addominale dà anche ai nostri giorni una mortalità elevatissima, ed espone ad una convalescenza assai accidentata.

3.° Che il metodo del distacco con emostasi affidata a tamponamenti, ecc., può essere solo uno spediente improvvisato, ma la terribile mortalità del 71.42 0[0 lo condanna per ora in modo assoluto.

4.° Che il metodo dello snucleamento per quanto possibile completo del sacco, facilitato da una emostasi preventiva mediante allacciatura dei vasi uterini ed utero-ovarici, e completato se del caso con una sutura diretta del letto della placenta, oltre all' essere chirurgicamente il più corretto, è quello che dà la serie più brillante di risultati soddisfacenti.

5.° Che il metodo dello snucleamento completo in taluni casi rende necessaria l'ablazione totale o parziale dell'utero, il che invece di complicare l'atto operativo, lo rende assai meno pericoloso, e non disturba affatto i risultati ultimi che anche con questo metodo sono stati finora costantemente buoni.

Non parrà quindi avventato il nostro giudizio, se nella laparotomia primaria per gravidanza extrauterina concediamo assolutamente ed esplicitamente la preferenza allo snucleamento totale del sacco, associato se del caso all'ablazione dell'utero, metodo che ha fornito 15 casi con altrettanti successi, in un'operazione che passava fra le più pericolose nel campo ostetrico; e se consigliamo di lasciare in disparte gli altri metodi difettosi ed incerti nella tecnica, generalmente disastrosi nei risultati.

* * *

Ma a questo momento ci si affaccia un problema di importanza somma: sarà sempre possibile eseguire con rigoroso tecnicismo l'ablazione della placenta? O non vi saranno forse dei rapporti anatomici tali da renderla impossibile o soverchiamente pericolosa? Chi pensa ai casi narrati di placente che spingevano la loro inserzione nei più remoti recessi della cavità addominale, aggrappandosi al colon, al tenue, alla colonna vertebrale e così via, non può a meno di farsi dubbioso sulla possibilità ed innocuità di una ablazione completa. Io per rispondere credo si debba tener conto, non di tutto il materiale anatomico con rigore non sempre indiscutibile raccolto circa alla gravidanza extrauterina: ma, per rimanere, come è nostra intenzione, nel campo pratico, del materiale osservato nei diversi interventi operativi di cui ci siamo andati occupando. Si tratta in conclusione di vedere se in quei casi in cui la placenta fu con sorte varia, per lo più sfavorevole, abbandonata, o con tecnicismo difettoso esportata, non si sarebbero potuti applicare quei metodi razionali che hanno dato un risultato costante buono. Mi pare perciò valga la pena di cercare se nei casi così trattati i rapporti della placenta fossero tali in verità da impedire una operazione più completa; ricorreremo dunque ad un nuovo spoglio delle osservazioni, e segnatamente di quelle nelle quali l'autopsia diede un'idea chiara dei rapporti anatomici.

Mancando il primo caso infausto, quello dell' Heim, di un reperto necroscopico, dobbiamo cercare le prime notizie nel caso del Novara, che dice esplicitamente di aver trovato la placenta inserta sul fondo dell'utero, sull'ovaio, sulla tromba sinistra. Il Mattfeld dice di aver trovato la placenta inserta sulla fossa iliaca sinistra. Il Meadows che vide

morire la donna in seguito alla grave emorragia, staccò la placenta dalla tasca del Douglas ove era principalmente inserta. Il Jessop ebbe timore di staccare la placenta, che incappucciava il fondo dell'utero; e che *pareva*, egli dice, fissata anche al crasso, coprendo l'ingresso del bacino. Heywood Smith all'autopsia trova che la inserzione alla placenta era fornita dalla estremità esterna della tuba sinistra. Gervis crede che l'ovaio destro fornisse l'impianto, estendentesi a tutta la faccia posteriore del legamento largo corrispondente. Fränkel, costretto per la grave emorragia ad interrompere l'intrapreso distacco, trovò la placenta immedesimata coll'angolo sinistro dell'utero. Nel caso di Litzmann la placenta si era sviluppata nella porzione media ed esterna della tuba, ma figurava intimamente aderente all'angolo destro dell'utero: in quello di Wilson l'inserzione placentare fu trovata sul fondo e sul lato sinistro dell'utero, sulla tuba, sul legamento largo e nella fossa iliaca sinistra. Martin descrive la placenta come attaccata specialmente sul pavimento pelvico e lungo i bordi dell'utero: Beisone la trova lassamente aderente alla fossa iliaca destra: Hildebrandt la vide in un caso attaccata alla faccia posteriore del legamento largo e dell'utero; in un altro sormontare l'utero retroflesso, e spingersi in avanti contro la vescica. Stadfeldt poteva constatare gli intimi rapporti della enorme massa placentare col margine destro dell'utero. Price lasciava in posto la placenta perchè aderente all'utero, all'ovaio, al legamento largo, alla parete pelvica. Delle due operate di Braun-Fernwald, l'una aveva la placenta sviluppata negli annessi di sinistra, l'altra sulla parete posteriore dell'utero. La placenta lasciata in posto da Spaeth fu vista alla necroscopia essere attaccata sulla tuba destra e sul corrispondente legamento largo. Mordecai Price giudicava non esportabile la placenta perchè inserta, oltrechè alla tromba, a tutta la parte sinistra del bacino. Nell'operata di Marchand, morta per emorragia ad onta del tamponamento dopo il distacco, si era dovuto snucleare la placenta dal legamento largo nel quale si spingeva fino sul pavimento pelvico. Sulla parete posteriore del legamento largo la si vedeva sviluppata nel caso fatale di Sippel.

Quali conclusioni possiamo noi trarre da questi dati anatomici, pur troppo incompleti? Pare a me che la conclusione più importante sia questa: che molti dei casi nei quali la placenta non fu voluta esportare, e che ebbero per lo più esito letale, presentavano rapporti anatomici

tutt'altro che incompatibili con un metodo regolare di enucleazione. Ricorre infatti assai frequente la dicitura: *placenta inserta sul pavimento pelvico*, nè credo errare ritenendo si tratti nella maggior parte di questi casi di sviluppo intralegamentoso, di casi cioè suscettibili di uno snucleamento, quando si voglia approfittare dei metodi più moderni che sono a nostra disposizione; e segnatamente dei vantaggi eminenti che offre il processo di estirpazione addominale dell'utero. La disinserzione dell'utero dalla vagina ci permette infatti di arrivare fino al punto più declive del tessuto paracervicale, ed è l'unico mezzo che ci assicuri dell'allacciatura di tutte le branche dell' arteria uterina. In due soli casi, quelli dell'Jessop e del Gervis, è detto, ed in forma dubitativa, che la placenta aderisse anche all' intestino crasso: in tutti gli altri si parla di utero, di tuba, di ovaio, di legamento largo, di pavimento pelvico, di fossa iliaca. Ora nessuno oserebbe negare l' operabilità di un tumore che mostrasse un impianto di questo genere, ed è ovvio che lo stesso criterio di operabilità si possa applicare anche alla placenta ectopica.

Per chi conosce l'interessante iconografia della gravidanza extrauterina, parlano in favore della demolizione dell' utero anche molte fra le tavole che meglio riproducono i rapporti anatomici: mi limito a citare, per la perfetta analogia con quanto da parte nostra si riscontrò, la tavola che accompagna la prima nota del Meadows (67) e quella che si trova nella tesi del Lesouef (69).

Da queste considerazioni possiamo trarre la conclusione che nella massima parte dei casi in cui la placenta fu abbandonata od esportata con tecnicismo difettoso, si sarebbero potuti applicare quei metodi razionali che diedero un risultato costantemente buono. Il dubbio da noi stesso avanzato, viene dunque dissipato dall'esame critico delle singole osservazioni, almeno in quanto si possa giudicare dai dati bene spesso incompleti che le accompagnano.

* * *

Che del resto l'allacciatura metodica delle arterie uterina ed utero-ovarica, e se del caso anche l'esportazione dell'utero, possa rappresentare un utile complemento nella cura chirurgica in genere della gravidanza extrauterina, è cosa che si può dimostrare con tanti e tanti fatti

che oramai non varrebbe nemmeno la pena di assoggettare ad un controllo statistico.

Intendiamoci bene: quando io parlo di isterectomia complementare, la intendo applicabile solo a quei casi in cui la emostasi assoluta non riescirebbe altrimenti possibile. Ben lungi dal voler estendere le indicazioni per una operazione estesamente demolitrice, io mi associo ben volontieri al parere di quanti ritengono che anche nella cura della gravidanza extrauterina convenga essere scrupolosamente conservatori. A questo principio mi sono sempre attenuto ogni volta che le circostanze lo permisero, pure variando a seconda dei rapporti anatomici il modo di intervento. Siccome qualche luce può risultare al nostro tema da qualche fatto clinico da me osservato, mi trovo nella necessità di qui brevemente riassumere le storie cliniche dei casi da me operati per gravidanza extrauterina, tolti da un complesso di quasi duecento laparotomie eseguite per le più svariate indicazioni.

1.° *Gravidanza tubarica sinistra. Torsione del peduncolo. Esportazione della tuba gravida integra.* — L'ammalata B. Rosa, d'anni 40, fu da me operata nella clinica del prof. Cuzzi il giorno 11 Aprile 1891: gli annessi di destra perfettamente sani sono lasciati in posto. Guarigione (69).

2.° *Gravidanza tubarica destra. Rottura della cisti. Versamento libero di sangue nel ventre. Laparotomia.* — A. Maddalena, d'anni 30, ebbe tre gravidanze. Entra nella clinica di Genova il 23 Maggio 1892. Da pochi giorni accusa forti sofferenze al lato destro del ventre; l'esplorazione constata un tumoretto degli annessi di destra, con probabile essudato nello spazio del Douglas. I fenomeni dolorosi si accentuano dopo un esame nella narcosi, e vi si aggiungono segni di anemia. Laparotomia l'11 Giugno: aperto il ventre vi si trova copioso versamento libero di sangue fluido: alcuni coaguli verso l'escavazione pelvica. Rimossi questi, si procede all'allacciatura profilattica del legamento infundibolo-pelvico coll'arteria utero-ovarica e si esporta il sacco formato dalla tuba lacerata: lo spazio del Douglas si trova coperto a guisa di tetto da pseudomembrane perforate nel centro, ed occupato da sangue di aspetto nerastro. Lavatura della cavità addominale con acqua sterilizzata: chiusura della ferita. Guarigione regolare.

3.° *Ematocele retro-uterino da rottura della tuba sinistra gravida. Laparotomia.* — R. Civasco, d'anni 25, viene ammessa alla clinica di Genova il 13 Novembre 1893. Dopo qualche irregolarità mestruale ebbe

copiosa perdita di sangue dai genitali mista a qualche grumo, e forti dolori all'addome. Laparotomia il 23 Novembre: si evacuano copiosi grumi di sangue nerastro dopo aver lacerato delle aderenze che chiudono lo spazio del Douglas. La tuba sinistra lacerata viene esportata. Tamponamento alla Mikulicz. Guarigione.

4.° *Gravidanza tubarica destra al 2.° mese. Ovaro-salpingectomia vaginale. Guarigione. Successivamente gravidanza uterina, con parto a termine un anno dopo l'operazione.* — Rosa Queiroli, d'anni 30, entra nella clinica di Genova il 13 Dicembre 1893. Si riscontra all'esplorazione il collo dell'utero rammollato, il corpo ingrossato ma vuoto: gli annessi di destra voluminosi ma mobili. Data la mobilità del tumoretto prolassato nello spazio del Douglas, si decide l'intervento per via vaginale. Il 17 Dicembre apertura del fornice posteriore e dello spazio del Douglas, ed estrazione piuttosto difficoltosa dell'ovaio e della tuba ingrossata, che scoppia nelle manovre di estrazione, e lascia vedere nel suo interno un uovo di due centimetri di diametro, tra le cui pareti e le pareti tubariche vi sono stratificazioni di coaguli. Chiusura della ferita peritoneale e vaginale. Guarigione rapida. Nel Marzo successivo la donna rivede per l'ultima volta la mestruazione e partorisce al termine di una gravidanza normale il 12 Dicembre 1894.

5.° *Ematocele antiuterino da rottura della tuba sinistra gravida. Laparotomia.* — C. Elisa, d'anni 29, entra nella clinica di Firenze il 18 Gennaio 1894. Dopo un ritardo mestruale ebbe il 15 Dicembre 1893 una metrorragia e l'espulsione di una massa giudicata per un uovo abortivo: poi per un mese è costretta a letto da violenti dolori addominali. L'utero ingrossato, con cavità della lunghezza di 9 cent., si trova diretto verso la concavità sacrale: al davanti dell'utero si palpa un grosso tumore che si spinge col suo polo inferiore nello spazio utero-vescicale. Laparotomia il 17 Febbraio: si estraggono grossi grumi di sangue costituenti la massima parte del tumore: fra di essi un feticino rispondente all'incirca al 4.° mese: si esportano i residui della tuba sinistra lacerata, si pratica un drenaggio alla Mikulicz: la donna esce guarita il 25 Marzo.

6.° *Ematocele retrouterino da rottura della tuba sinistra gravida. Laparotomia.* — B. Caterina, d'anni 24, da Prato, ebbe quattro gravidanze tutte interrotte da aborto. Riebbe fenomeni di un minacciante aborto e ricorse alla clinica ove, operata il 24 Giugno 1894 di laparotomia, fu vista affetta da ematocele proveniente da rottura della tuba sinistra gravida che fu esportata. Guarigione.

7.° *Gravidanza tubarica sinistra. Aborto interno. Laparotomia.* — Cecilia M., d'anni 25, nullipara, entra alla clinica di Firenze il 13 Luglio

1894. Nel Maggio non ebbe che una scarsa mestruazione: da allora perdite irregolari, con stillicidio continuo. Si avverte all' esplorazione una tumefazione dolente attraverso al fornice posteriore sinistro. Laparotomia il 28 Luglio: difficile snucleamento di un voluminoso ematosalpinge, nel quale la presenza di cellule deciduali e villi coriali suffraga la diagnosi di gravidanza extrauterina, già emessa in base al semplice aspetto macroscopico, per l'esistenza di un rilievo della mucosa tubarica a guisa di cercine, che circonda il punto ove il coagulo occupante il lume tubarico aderisce intimamente alla parete uterina. La donna esce guarita il 2 Agosto.

8.° *Ematocele retrouterino da rottura della tuba sinistra gravida. Laparotomia.* — Paolina B. entra in clinica il 19 Luglio 1894. Nel mese di Maggio ebbe irregolarità mestruali con vivi dolori: in Giugno perdite ora di sangue ora leucorroiche: dolori vivi al quadrante inferiore sinistro. Laparotomia il 9 Agosto 1894. Rimozione di grumi di sangue: ablazione della tuba sinistra gravida che presenta uno squarcio in senso longitudinale. Guarigione.

9.° *Gravidanza tubarica destra. Laparotomia, ablazione della tuba integra.* — Anna G., d'anni 29, entra in clinica il 21 Luglio 1894. Mestruata regolarmente fino al 21 Aprile, ebbe amenorrea in Maggio, ricomparsa in Giugno di perdite irregolari e persistenti: dolori diffusi. Laparotomia il 6 Agosto. La tuba destra distesa quanto un uovo di struzzo si ritorce a sormontare il fondo dell'utero e di lì ricade verso sinistra. Si arriva ad esportare il sacco integro che contiene, con molti grumi di sangue, un uovo arrestato nel suo sviluppo. Esce guarita il 23 Agosto.

10.° *Ematocele retrouterino da gravidanza tubarica sinistra. Laparotomia.* — Maria B., d'anni 32, entra in clinica il 5 Ottobre 1894. Ebbe quattro gravidanze a termine ed un aborto in clinica il 15 Ottobre 1893. Da allora sempre sofferenze, esacerbate negli ultimi tempi dopo un prolungato ritardo mestruale. Laparotomia il 23 Ottobre. Rimozione di un vasto ematocele dallo spazio del Douglas, e della tuba sinistra che in un punto è distesa da coaguli ed è lacerata; in un altro presenta una dilatazione limitata, occupata da un liquido sieroso. Guarigione.

11.° *Gravidanza intra ed extrauterina. Laparotomia: enucleazione del sacco extrauterino, esportazione totale dell'utero gravido.* — Elvira V., d'anni 35, entra in clinica il 19 Novembre 1894. Ultima mestruazione il 15 Settembre: comparsa di fenomeni simpatici aggravati da insolite molestie: dolori, timpanismo, difficoltà al mitto ed alla defecazione. Pochi giorni prima dell' ingresso in clinica un medico riconosce la gravidanza, e, sospettata l' esistenza di una retroflessione d' utero gra-

vido, di cui esiste infatti tutta la sindrome fenomenologica, tenta la riduzione dell'utero: da questo momento si aggravano rapidamente i dolori, insorgono fenomeni di peritonite. Esaminata la donna si conferma la diagnosi di gravidanza, ma l'utero gravido si trova portato in antiposizione da un tumore retrouterino, che si ritiene abbia il suo punto di partenza in una raccolta tubarica. Insistendo minacciosi i sintomi di peritonite si ricorre il 1.° Dicembre alla laparotomia. Dietro l'utero gravido si scorge un vasto ematocele che ha il suo punto di partenza dalla tuba destra lacerata. Rimossi i coaguli e le pareti della sacca, non si riesce a frenare l'emorragia dalla faccia posteriore dell'utero decorticata, e perciò alla salpingectomia si fa seguire l'ablazione completa dell'utero gravido per la via addominale. Guarigione.

12.° *Gravidanza tubarica destra. Aborto tubarico. Laparotomia.* — Sofia V., d'anni 35, di Firenze, entra in clinica il 9 Luglio 1895. Fu gravida quattro anni addietro, e la gravidanza si interuppe al 7.° mese. Il 12 Febbraio ultima mestruazione: seguono i soliti fenomeni simpatici della gravidanza: il 16 Maggio perdita di sangue dai genitali: il 18 Maggio, in seguito allo spavento per la scossa di terremoto, afferma la paziente esser cessata la perdita di sangue, ed essere sopragiunti violenti dolori. L'emorragia ripiglia poi per continuare fino all'ingresso in clinica. La donna è anemica in grado estremo: la palpazione e l'esplorazione mettono in evidenza la presenza di un tumore retrouterino, semi fluttuante, grosso come la testa di un feto a termine, che spinge l'utero contro la sinfisi pubica. Diagnosticato un probabile ematocele da rottura di gravidanza tubarica, si trova urgente l'intervento operativo per porre un termine alle gravi perdite di sangue. Laparotomia il 15 Luglio; distacco di aderenze intestinali ed omentali: allacciatura dell'arteria utero-ovarica e successivo isolamento del sacco formato dalla tuba destra enormemente distesa, ed aderente sul fondo della tasca del Douglas. Esportato il sacco si rinchiude il ventre. Guarigione senza incidenti. La tuba era occupata da sangue in parte coagulato; nel punto dove comincia la sua distensione esiste l'inserzione placentare: non si trova traccia di feto.

Così sopra 13 casi di intervento operativo per gravidanza extrauterina, 10 volte si ebbe ricorso alla ablazione laparotomica del sacco gravido, previa o no l'allacciatura delle arterie afferenti: 1 volta all'ablazione del sacco integro per la via vaginale, 2 volte all'ablazione del sacco integro completata dalla isterectomia addominale. Sul primo modo di intervento non è il caso di diffondersi, essendo di generale applicazione

nella cura della gravidanza extrauterina ai primi mesi. Il secondo modo rappresenterebbe l'ideale della semplicità, ma non trova che eccezionale applicazione, e non va affatto confuso colla semplice elitrotomia, consistente nella evacuazione per la via vaginale del contenuto del sacco. Nel nostro caso fummo lieti di avere prescelta questa via per le condizioni affatto favorevoli di volume e di mobilità della tuba gravida: tanto più che si potè così evitare l'inconveniente, di una cicatrice laparotomica, vantaggio questo non indifferente avendo tenuto dietro a così poca distanza di tempo una gravidanza normale. Questo caso è anche tale da invogliarci ai metodi possibilmente conservatori, perchè è un caso di più che si aggiunge alla lista già ragguardevole delle gravidanze uterine tenute dietro ad una extrauterina chirurgicamente curata.

Ma quando durante l'atto operativo si presenti una indicazione vitale ad una più completa demolizione, quando come nel caso N. 11 una contemporanea gravidanza uterina renda assai più temibili le emorragie parenchimatose dall'utero leso, ed in genere ogni qualvolta il distacco del sacco interessi su vasta superficie la parete dell'utero, dando luogo ad emorragie che le suture non valgono a frenare, tanto più se gli annessi del lato opposto si trovino profondamente alterati, si ricorrerà ad una isterectomia complementare, che non complica gran che l'atto operativo e che assai meglio garantisce il successo.

I casi di questo genere non fanno difetto nella casistica più recente, ma non furono fino ad ora sufficientemente valutati. Non voglio parlare della isterectomia vaginale, che alcuni vollero estendere nelle sue molteplici applicazioni fino ad abbracciare i casi di gravidanza extrauterina ai primi mesi. Mentre colla isterectomia vaginale si sacrifica a priori l'utero, che invece conviene per quanto possibile risparmiare, si va incontro per questa via nella enucleazione del sacco gravidico a difficoltà talvolta enormi ed a pericoli serii. Uno dei primi casi del genere che mi è noto è quello del Rochet, che praticò l'isterectomia vaginale per creduta piosalpinge e si trovò di fronte ad una gravidanza extrauterina: la donna guarì (58). In un secondo caso la operazione fu pure praticata per piosalpinge, e la diagnosi di gravidanza fu basata sul reperto di una massa che forniva al tatto la sensazione del tessuto placentare (70).

Il Cestan ne raccoglie 4 osservazioni con 2 morte, risultato poco

incoraggiante, di fronte alla relativa innocuità dell'intervento laparotomico nelle gravidanze extrauterine ai primi mesi (71). L'Edebohls preferì la via vaginale in vista delle disperate condizioni della paziente, che fu tratta a guarigione: in verità la sacca gravidica non fu aperta durante l'atto operativo, ma si evacuò otto giorni dopo (72). Il Dührssen credeva di aver a che fare con un mioma, stante le continue metrorragie: iniziata l'isterectomia vaginale, trovò, invece del supposto tumore, un ematocele antiuterino da rottura della tuba gravida, che egli potè esportare con buon successo assieme all'utero (73).

In complesso si vede che l'isterectomia vaginale fu scelta per lo più in base ad errore diagnostico, e non per progetto, e nessun serio motivo potrebbe confortare l'adozione di questo metodo per la cura della gravidanza extrauterina in qualsiasi stadio di sviluppo. Certo non si può in niun modo accogliere la proposizione che Jacobs avanza a difesa della isterectomia vaginale, che cioè nei casi di gravidanza extrauterina gli annessi siano sempre malati bilateralmente; chè anzi, come gli osservò giustamente il Lusk, nel campo laparotomico non vi è forse altra categoria di casi in cui l'utero e l'altra tuba possono conservarsi così perfettamente sani come nella gravidanza extrauterina (74).

Quanto alla isterectomia addominale, oltre ai casi di cui parlammo a proposito della laparotomia primaria, la possiamo vedere applicata sotto forma di amputazione sopravaginale dall'Hofmeier (75), che dopo aver esportato un sacco suppurato, per semplificare i rapporti della ferita fece seguire l'esportazione del corpo dell'utero; dal Byford, che in un caso di gravidanza interstiziale eseguì la laparotomia e l'amputazione sopravaginale con esito infausto (76): dal Leopold (77) che non potendo dominare l'emorragia durante l'atto operativo, si vide costretto a togliere parzialmente il corpo dell'utero; la donna morì: pare si trattasse di una gravidanza tubo interstiziale. Analogamente procedevano l'Hunter (78) che ebbe pure un insuccesso: l'Hanks, che aveva intrapreso l'operazione credendo di aver a che fare con un fibroma d'utero, e trovò invece dei residui di una gravidanza extrauterina (79), e il Fritsch, che narra di aver dovuto esportare col sacco anche l'utero ipertrofizzato, che formava parte del sacco stesso (80). Non si può tener conto per insufficienza di dettagli, del caso di Gilliam (81); ma conviene ricordare per il felice risultato quello di Schauta (82) che il 20 Aprile 1893 dopo aver estratto

colla laparotomia un feto extrauterino macerato, esportò il sacco e con esso il corpo dell'utero.

Ma oltre all'isterectomia vaginale ed all'amputazione sopravaginale del corpo dell'utero, noi vediamo che anche l'isterectomia totale addominale fu in altri casi associata all'estirpazione di una sacca gravidica; così il caso del Freund, riferito dal Muret (83), dove l'isterectomia addominale fu consigliata da un cancro del collo dell'utero associato ad una gravidanza extrauterina; operazione che ebbe esito buono: il caso di Martin (84), anch'esso con esito felice, e nel quale il metodo operativo fu pure dettato da un coesistente cancro del collo.

In questi due casi la gravidanza non aveva rappresentato l'indicazione precipua all'intervento operativo, il quale perciò si era modellato sulle operazioni necessarie alle singole forme morbose. Non voglio però dire che i due casi da me operati di isterectomia addominale al terzo mese ed al termine della gravidanza extrauterina, siano i soli nei quali l'isterectomia sia stata applicata di deliberato proposito a complemento dell'esportazione di un sacco ectopico.

Qualche mese avanti la mia prima comunicazione il Krug riferiva di 4 casi in cui aveva associato l'esportazione dell'utero alla operazione, trovando ammalate ambedue le tube. Pare da un rendiconto di Cushing (85) che lo stesso operatore abbia dipoi ripetuto altre cinque volte l'operazione, sempre con buon risultato.

Si potrebbe concludere che l'isterectomia addominale può essere in ogni epoca della gravidanza extrauterina un'ottima operazione complementare: che però debba essere rigorosamente limitata ai casi di contemporaneo interessamento delle due tube, od ai casi nei quali viene resa necessaria come unico mezzo per provvedere ad una efficace emostasi.

* * *

Questo mio contributo alla cura operativa della gravidanza extrauterina volli portare perchè, se sono da una parte convinto che per le gravidanze dei primi mesi la tecnica operativa ha già raggiunto un tal grado di sicurezza, da non reclamare in modo assoluto dei perfezionamenti, se non sotto la forma di proposte speciali per determinate e rare contingenze cliniche, mi sono fatto d'altra parte la persuasione che, per

i metodi da adottarsi nella così detta laparotomia primaria, non si ha ancora una guida sicura.

Ho voluto portare il contributo della mia limitata esperienza anche perchè mi parve esagerato il pessimismo che inspira al riguardo alcuni fra i migliori ginecologi, e perchè le temute aderenze del sacco gravidico coi diversi organi addominali io credo non impediscano per lo più una ablazione completa la quale dà risultati definitivi incomparabilmente superiori ad ogni altro metodo fino ad ora esperimentato; perchè infine il frequente sviluppo intralegamentoso della placenta in epoca avanzata della gravidanza, io credo possa anche ad altri consigliare, colla fiducia in un eguale risultato, il metodo da me seguito della isterectomia addominale complementare.

Resta poi un altro punto della questione da me finora non toccato: quale sia il risultato definitivo per il feto, quando si ricorra alla laparotomia primaria. Certo in un computo statistico di questo genere, molti dei casi figuranti nella nostra statistica non possono aver valore; ma se sopra i 62 casi (dedotti quelli di Johnson e di Schreyer), 34 bambini nacquero asfittici od ebbero una sopravvivenza ben limitata, ciò è dovuto specialmente al non avere la gravidanza raggiunto uno sviluppo completo al momento dell'intervento. Rimangono 28 bambini dei quali la durata di sopravvivenza non è sempre accertata, e sarà molto vantaggioso l'avere in proposito quelle notizie che da informazioni epistolari mi risulta essere l'Harris in via di raccogliere, per poter emettere un giudizio definitivo sul concetto fondamentale della laparotomia a feto vivo e vitale. Già fin d'ora però si può affermare che le leggiere deformazioni scheletriche, imputabili per lo più ad una difettosa protezione da parte del liquido amniotico, non sono per sè tali da compromettere la definitiva sopravvivenza del bambino; nel nostro caso l'asimmetria marcata della testa era dopo un mese assolutamente scomparsa, ed ora, passati sei mesi dalla nascita, la bambina è modello di florido e regolare sviluppo.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

(1) LAWSON TAIT. « Primary laparotomy in extrauterine pregnancy : a criticism and reply. » *American Journal of Obstetrics,* March 1888, p. 289.

(2) KELLER. « Des grossesses extrautérines et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie. » Paris, J. B. Baillière, 1872.

(3) HARRIS. « The operation of primary laparotomy in cases of extrauterine pregnancy. » *American Journal of Obstetrics,* November 1887.

(4) WERDER. « Coeliotomy in ectopic gestation where the foetus is living and viable. » *Medical Record,* 24 November 1894.

(5) ORRILLARD. « De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extrautérine lorsque l'enfant est viable. » Paris, G. Steinheil, 1894.

(6) MUELLER. *Bulletin des sciences médicales* publié au nom de la Société Médical d'émulat. de Paris, 1811, vol. VIII (in Orrillard).

(7) HEIM. « Beobachtung einer Bauchschwangerschaft bei welcher das Kind zu vollen Tagen ausgetragen, etc. » *Rust's Magaxin für die ges. Heilkunde,* 1817.

(8) NOVARA. « Gravidanza extrauterina. D'una bambina felicemente estratta viva mediante la sezione addominale. » *Giornale di medicina pratica* del cav. L. Brera, Padova, 1816, 2.° sem., pag. 215.

(9) MATTFELD. *Neue Zeitschrift f. Geb.,* 1827, p. 134 (in Keller).

(10) SCHREYER. « Kurze Mittheilung einer Graviditas extrauterina welche mit glücklichem Erfolg für Mutter und Kind durch mich operirt wurde. » *Monatschr. f. Geburtsk.,* 1859, XIV, p. 283.

(11) HAUFF. *Medicinische Annalen* von Puchelt, 1842, Bd. VIII (in Litzmann).

(12) LAZZATI. In « Manuale del parto meccanico od istrumentale » di T. Lovati. Milano 1854, p. 194.

(13) KÖBERLÉ. *Gazette de Strasbourg,* 1863, N. 10, p. 160.

(14) GREENHALGH. *Medical Mirror,* Novembre 1864, p. 689 (in Harris).

(15) SALE. « Case of extra and intrauterine foetation with operation, etc. » *American Journal of med. Sciences,* vol. 61, Gennaio 1871.

(16) MEADOWS. « Remarks on the treatment of some forms of extrauterine gestation, with a case. » *Trans. of the obst. Society,* London, XIV, p. 309.

(17) JESSOP. « Case of extrauterine gestation : removal of living foetus by abdominal section. » *Transact. of the obst. Society,* London 1877, p. 261.

(18) SPIEGELBERG. « Zur Casuistik der Ovarialschwangerschaft. » *Archiv f. Gynäk,* XIII, f. I.

(19) HEYWOOD SMITH. *Trans. of the obst. Society,* London, 1878, p. 5, rif. in Orrillard.

(20) GERVIS. « Notes of a case of extrauterine gestation. » *British. med. Journal,* Dec. 22, 1877, p. 884.

(21) FRAENKEL. « Zur Diagnostik und operativen Behandlung der Tubarschwangerschaft. » *Archiv f. Gyn.,* XIV, p. 197.

(22) HOFMEIER. « Grundriss der Gyn. Operationen. » Leipzig, F. Deuticke, p. 415. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.,* vol. 5.°, f. 1.°

(23) VEDELER OG NORMAN. « Fuldgaet extrauterint Svangerskap. » *Norsk. Magax.,* vol. 10, p. 86 : rif. in *Virchow's Jahresbericht,* 1881, p. 576.

(24) LITZMANN. « Zur Feststellung der Indicationen für die Gastrotomie bei Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. » *Archiv f. Gyn.,* vol XVI, p. 323.

(25) LAWSON TAIT. « A third case of extrauterine gestation, treated by abdominal section. » *British med. Journal*, 15 Maggio 1880, p. 737.

(26) WILSON. « A case of combined intrauterine and abdominal twin pregnancy. » *Amer. Journal of obst.*, vol. XIII, October 1880.

(27) HALSTED BOYLAND. « A remarkable case of gastrotomy. » *Boston med. and surg. Journal*, 1880, p. 593: rif. in *Virchow's Jahresbericht*, 1881, p. 575.

(28) NETZEL. « Fall of extrauterint hafvandeskap. » *Hygiea*, 1881, p. 169.

(29) MARTIN. « Ueber Extrauterinschwangerschaft » *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1881, N. 51-52.

(30) BEISONE. « Gravidanza extrauterina a termine. Gastrotomia. » *L' indipendente*, gazzetta medica di Torino, 25 Agosto 1881.

(31) LANGE. « Bericht der geb. gyn. Klinik zu Könisberg. » *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1885, N. 26, 27 e 29.

(32) LAZAREWITCH. In *Wratsch*, 1886; rif. in Orrillard.

(33) CHAMPNEYS. « On primary laparotomy in cases of extrauterine Gestation. » *British med. Journal*, 3 Dec. 1887.

(34) STADFELDT. « Et Tilfaeld af graviditas tubo uterina. Laparotomi. » *Hospital Tidende*, Sept. 1886: rif. in Harris, e in *Virchow's Jahresb.*, f. 1886.

(35) PRICE, riferito in Harris.

(36) WILLIAMS. « A case of extrauterine pregnancy. » *British med. Journal*, 3 Dec. 1887.

(37) BREISKY. *Sitzungbericht der k. k. Ges. der Aerzte in Wien*, 25 Nov., e *American Journal of med. Sc.*, 1888.

(38) TREUB. « Zwei Fälle von Extrauterinschwangerschaft. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, XV, f. 2.

(39) EASTMANN. « Intraligamentous tubal pregnancy, successfully removed by laparotomy. » *Amer. Journal of Obst.*, 1888, p. 929.

(40) BRAUN-FERNWALD. « Ueber zwei primäre Laparotomien bei Graviditas extrauterina. » *Archiv f. Gyn.*, XXXVII.

(41) NEGRI. « Di una gravidanza extrauterina curata e guarita colla laparotomia primaria. » *Rivista Veneta di Scienze Mediche*, Gennaio-Febbraio 1890.

(42) SPAETH. « Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, XVI, p. 269.

(43) OLSHAUSEN. « Ueber Extrauterinschwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. » *Deutsche med. Wochenschrift*, 1890. N. 8-10.

(44) TAYLOR. « Case of extrauterine pregnancy at full term. » *Transact. of the obst. Soc.*, London, vol. 33, p. 115.

(45) STRAUCH. *Geb. gyn. Gesellschaft in Moskau*; rif. in Orrillard e in *Frommel's Jahresbericht*, 1892.

(46) GUÉNIOT. *Société obst. et gyn. de Paris*, Fevrier 1893, rif. in Orrillard.

(47) LIHOTSKY. « 3 Fälle von Graviditas extrauterina. » *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1891, p. 184.

(48) SCHNEIDER. « Fünf Fälle von Extrauteringravidität. » *Deutsche med. Wochenschr.*, 1892, N. 37.

(49) SCHAUTA. « Beiträge zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extrauterinschwangerschaft. » Prag, J. Calve, 1891.

(50) FROMMEL. « Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. » *Münch. med. Wochenschrift*, 1892, p. 1.

(51) MORDECAI PRICE. *American Lancet*, Oct. 1893, rif. in Werder.

(52) JOHNSON. « Treatment of extrauterine pregnancy after the viability of the child. » *Amer. Journal of Obstetrics*, November 1893, p. 693.

(53) URBAIN. « Grossesse extrautérine a terme. Opération. » *Répertoire univ. d'obst. et de gyn.*, 25 Janvier 1894.

(54) MARCHAND. In Orrillard.

(55) SIPPEL. « Zur Lehre von den Extrauterischwangerschaften. » *Deut. Med. Woch.*, 1892, N. 37.

(56) REIN. « Zur Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1892, p. 969, e « Comptes rendu du Congrès de Gynécologie à Bruxelles » 1892, p. 286.

(57) LEBEC. « Comptes rendu du Congrès de Gyn. à Bruxelles » 1892, p. 270.

(58) ROCHET. Società belga di Ostetr. e Ginec., rif. in *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, p. 133.

(59) LUSK. « Technique of primary coeliotomy in advanced ectopic gestation. » *New-York Journal of Gyn. and Obst.*, July 1893.

(60) REGNIER. « Geb. Gyn. Gesellschaft in Wien, » 31 Oct. 1893. *Centralbl. f. Gynäk.* 1893, p. 1170.

(61) HOFMEIER. « Anatomische u. Klinische Beiträge zur Lehre von der ektopischen Schwangerschaft. » *Verh. der phys. med. Gesellsch. zu Würzburg*, B. XXVIII, N. 4.

(62) RONCAGLIA. « Di una gravidanza extrauterina operata felicemente con laparotomia primaria. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Maggio 1895.

(63) CULLINGWORTH. « A case of advanced extrauterine gestation in which a living child was removed, the placenta left, and the abdominal wound entirely closed. » *British med. Journal*, 22 Dicembre 1894.

(64) TREUB. « Grossesse interstitielle tubo-utérine. Laparotomie. » *Ann. de Gyn.*, Luglio 1894, pag. 49.

(65) HARRIS. « Extrauterine pregnancy treated by cistectomy or cistotomy without exsection. » *Amer. Journal of the med. Sciences*, 1888, vol. 96, pag. 262.

(66) ZWANCK. « Beschreibung eines Bauchschnitts bei Graviditas extrauterina abdominalis. » Hamburg, 1854, rif. in *Monatschrift f. Geburtsk*, Febbraio 1855.

(67) MEADOWS. « Case of extrauterine gestation, with remarks on the treatment of that condition. » *Transact. of the Obst. Society*, London, 1872, vol. XIII, pag. 272.

(68) BELLUZZI. « Storie di due gravidanze extrauterine, e considerazioni relative. » *Memorie della R. Accademia delle Scienze di Bologna*, Serie IV, tomo VIII, 12 Dic. 1886.

(69) LESOUEF. « Remarques sur trois cas de grossesse extrautérine. » Paris, A. Coccoz, 1862.

(70) ROCHET. « Comptes-rendu du Congrès de Gynécologie à Bruxelles, 1892. » Paris, G. Carré, 1894, pag. 257.

(71) CESTAN. « Des hémorrhagies intrapéritonéales et de l'hématocèle pelvienne. » Paris, G. Steinheil, 1894, p. 183. — TOURNAY. *Annales de Gynéc.*, Maggio 1893.

(72) EDEBOHLS. « Vaginal enucleation of the uterus for ectopic pregnancy and suppurative pelviperitonitis. » *Americ. Journal of Obstetr.*, Dicembre 1894, p. 583.

(73) DUEHRSSEN. *Berliner med. Gesellsch.*, Aprile 1893, in *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1893, N. 20, p. 483.

(74) JACOBS. « Indications for total extirpation of the uterus by vagina. » *American Journal of Obst.*, Luglio 1895, p. 138.

(75) HOFMEIER. « Grundriss der gynäkol. Operationen. » F. Deuticke, Leipzig, 1892, p. 416. *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, p. 802.

(76) BYFORD. Soc. Ginec. di Chicago, 1884, rif. in *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, p. 692.

(77) MARSCHNER. « Ueber einen Fall von Extrauteringravidität. » *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 265.

(78) HUNTER. Soc. Ost. di New-York, rif. in *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 692.

(79) HANKS. *Americ. Journ. of Obstetr.*, XXVIII, p. 427.

(80) FRITSCH. « Bericht über die gyn. Operationen des Jahrgange 1891-92. » Berlin, F. Wreden, 1893, p. 154.

(81) GILLIAM. « Hysterectomie as an adjunct to the operation for ectopic gestation. » *American gyn. Journal*, 1892, vol. 2, p. 690.

(82) K. A. HERZFELD. « Klinischer Bericht über tausend Bauchhölen-Operationen. » F. Deuticke, Leipzig, 1895, p. 53.

(83) MURET. « Beitrag zur Lehre der Tubenschwangesschaft. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XXVI, p. 22.
(84) MARTIN. « Extrauterin-Schwangerschaft. » Eulenburg's R. Encyclopädie, 2.ª ed.
(85) CUSHING. « Die Entwicklung der abdominalen Hysterectomie in Amerika. » *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, Juni 1895.

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA.

Riprodotto a 1[3 della grandezza naturale si vede l'utero, sul cui margine destro, dispiegando il legamento largo, è impiantata la voluminosa massa placentare: all'interno di questa ed in basso si vede colpito in sezione il legamento rotondo ipertrofico.

Dott. MUZIO PAZZI

STORIA SCIENTIFICO-SOCIALE DELLA LEVATRICE

(Continuazione, vedi pag. 358).

Dato dunque che i microrganismi abbiano un potere di diffusione grandissimo e che si trovino dappertutto e in noi stessi, è naturale che scaturisca il concetto dell'auto-infezione e dell'etero-infezione.

In altre parole, l'infezione puerperale viene sempre dall'esterno o si sviluppa per la preesistenza di microorganismi preesistenti allo stato puerperale nel canale vulvo-vagino-uterino?

Mi appiglio alla autorità del Cuzzi e ripeto le sue parole: « Siamo inclinati a negare un'auto-infezione da piogeni » (che abitualmente non vivono nell'interno dei genitali ma che un dato momento vi sono portati dall'aria, dagli oggetti, dall'ostetrico, dalla donna istessa, ecc.). « In questa convinzione che è sorta nell'animo nostro dall'esame dei documenti sparsi nella letteratura e da qualche ricerca personale, siamo anche incoraggiati dalla considerazione che gli autori favorevoli dell'auto-infezione (Kaltenbach, Fehling (1), ecc.), ammettono però che essa produca sempre forme puerperali leggerissime. Concludendo quindi su questo argomento diremo che ammettiamo un'auto-infezione da saprogeni e non da piogeni. »

Notiamo però fin d'ora che questa infezione di saprogeni, se non viene complicata da un etero-infezione di piogeni, in generale è senza gravità e cede rapidamente una volta estratto il materiale morto in via di decomposizione. (I saprogeni eccitatori dell'infezione si trovano già nel canale vaginale). Vedremo più oltre i lavori più recenti in proposito.

(1) « Atti della Società Ginecologica tedesca. » Freiburg, 12-14 Giugno 1889.

***

Ma noi abbiamo dimenticato un modo di riproduzione di bacteri per mezzo di spore, riservata solo a un certo numero di bacilli e di spirilli.

È la spora l'elemento più resistente del mondo organizzato. Per arrestarne le proprietà vitali è necessario un calore prolungato per più ore a 140°. La moltiplicazione per spore è assai meno rapida che per scissione, ma è più pericolosa per la resistenza. Di qui l'importanza pratica della buona disinfezione del corpo, degli indumenti, degli oggetti, ecc. Fortunatamente la natura ha provvisto al limite di riproduzione dei bacteri, facendo in modo che essi stessi producano alle volte sostanze che servono ad ucciderli (per es. i microrganismi dell'intestino). Ma questo limite è troppo ristretto e doveva spettare alla antisepsi e alla asepsi, di cui parleremo, il compito di premunire le donne di parto contro l'infezione o di curarle se già infette. Ad alleggerire questo compito doveva soccorrere lo studio delle vie di eliminazione dei micrococchi circolanti nel sangue.

Per gli studi del Karlinski (1), del Brunner (2), dell'Eiselberg (3), e del Tizzoni (4) si era già scoperto che questa eliminazione può avvenire sia per il latte nelle puerpere, sia pel sudore, sia per l'urina. Il Ribbert anzi ha potuto constatare nel coniglio, secondo riferisce Bordoni-Uffreduzzi, i benefici effetti dell'aumento della secrezione renale, prodotti dalle iniezioni di carbonato sodico, sul decorso dell'infezione stafilococchica. Oltre i mezzi artificiali interni, ed i mezzi naturali esterni per combattere i microorganismi, vi sono pure altri mezzi interni a cui ha provveduto la natura, oltre che con le funzioni degli organi emuntori succitati (secrezione), e ciò mediante i globuli bianchi (fagociti), che possono distruggere nel loro seno i microorganismi (fagocitismo) e le cel-

---

(1) Karlinski. « Ein experimenteller Beitrag. zur Kenntniss der Pyosept. etc. » *Prager med. Wochens.*, N. 22, 1890.

(2) Brunner. « Ueber Ausscheidung path. Mikroorg. etc. » *Centralbl. f. Bakteriol.*, Vol. X, 1891, pag. 172.

(3) Eiselberg « Nachweiss von Eiterkokken im Schweisse etc. » *Berl. klin. Woch.*, N. 23, 1891.

(4) Tizzoni. « Contributo allo studio delle vie di eliminazione dall'organismo dello stafilococco piogeno aureo. » *Riforma Medica*, Napoli, N. 100, 1891.

lule di tutti i tessuti che per incompleta ossidazione o per speciali reazioni chimiche che subisce il protoplasma cellulare, in seguito all'azione delle tossine o ptomaine, si formano le antitossine o alexine, come vedremo che le chiama Buchner.

È pure un altro acquisto della scienza bacteriologica moderna di combattere certe infezioni con l'ematoterapia e sieroterapia, basata sulla proprietà dell'organismo di certi animali di acquistare l'immunità e di comunicare questa all'uomo per infezioni a loro prudentemente comunicate. E di questo ancora ne riparleremo.

* * *

Perchè la levatrice possa farsi un giusto concetto del punto in cui si trovano gli studi di fisiologia, di bacteriologia e di profilassi medica al giorno d'oggi, passerò in rivista succintamente molti lavori di gabinetto e di clinica.

Non farò la critica nè dirò l'ultima parola su certe quistioni che rimangono ancora *sub judice,* ma mi basterà di essere fedele narratore per dimostrare quando debbono essere estese le cognizioni della levatrice moderna, che trovasi spinta dalla scuola della auto-infezione a quella dell'etero-infezione, e si dibatte fra la antisepsi e l'asepsi come un pulcino nella stoppa.

Prima di tutto dividiamo la febbre puerperale che sappiamo dunque originata da piogeni o da saprogeni, da quelle elevazioni di temperatura che fino da Schroeder furono conosciute proprie delle donne che avevano perduto molto sangue, e dalle altre elevazioni di temperatura che secondo il Mosso (1), sono capaci di determinare il dolore e la fatica (come si verificano nel parto), dalla febbre traumatica asettica (da leucomaine), dalla febbre (Winter) in puerperio non dovuta a piogeni (2), dalla febbre leggera, che seco porta spesso *la portata lattea,* da tutte le altre febbri reumatiche o altrimenti infettive, di cui giudicherà il medico quando la levatrice si trovi incompetente.

---

(1) Mosso. « Influenza del sistema nervoso sulla temperatura animale. » Giornale *Accad. Medica,* Torino, 1885.

(2) Winter. « Fieb. in der Geburt. » *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.,* B. XXIII, H. I

Ritenga a mente la levatrice che le febbri puerperali gravi avvengono precocemente, e che le ritardatarie riescono infezioni leggere.

Riguardo alla fatica muscolare come produttrice di febbre e di malattia, riferirò le seguenti note del Goria (1), dedotte da esperimenti fatti nella clinica del Tibone a Torino.

« Sei ore dopo il travaglio del parto si ha un aumento della tossicità urinaria, come si riscontra sei ore dopo un' altra fatica muscolare qualunque; nel riposo successivo al parto, e specialmente nel sonno successivo ed un' altra fatica muscolare qualunque. Probabilmente questo aumento del grado di tossicità è dovuto alla maggiore produzione che si fa durante ed in seguito al travaglio del parto, delle basi tossiche che si trovano nelle urine normali; sicuramente prima di essere eliminate per le urine e distrutte dal fegato si trovano nel sangue; allora applicando al caso nostro quanto dice il Mosso dei veleni prodotti dalla fatica: se si accumulano nel sangue, la donna diventa stanca, si sente spossata (come frequentemente si osserva e durante e dopo il travaglio); se oltrepassano il limite fisiologico la donna diviene ammalata. »

Broca e Lacour (2), esaminando in una loro monografia le varie ipotesi proposte per spiegare la patogenesi della elevazione termica in seguito ai traumatismi asettici, concludono che « la febbre asettica è una febbre da assorbimento » dovuta a prodotti di decomposizione degli elementi anatomici necrosati, o a prodotti di secrezione di questi stessi elementi anatomici, deviati dalla loro azione fisiologica.

Prima di passare alla rivista di ciò che si è fatto in questi ultimi anni di progresso negli studi all' infuori della febbre puerperale, mi preme di porgerne un barlume, enumerando i titoli dei principali lavori di medici e levatrici nel seguente quadro:

Sommario: 1.° Gruppo. — Leggi della periodicità della funzione fisiologica nell' organismo muliebre. Fisiologia della mestruazione. Igiene della mestruazione. Ovulazione. Fecondazione. Sterilità.

2.° Gruppo. — Fisiologia e patologia del sangue in rapporto alla ge-

---

(1) G. Goria. « Tossicità delle urine prima e dopo il travaglio del parto. » *Raccoglitore Medico*, Forlì, 1892, Serie V, Vol. XIV, pag. 479, 441.

(2) « Febbre asettica e traumi. » Articolo di fondo della *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, Milano, Anno XVI, 1895, N. 43, pag. 449-450-451.

stazione ed al puerperio. Sviluppo della decidua. Sviluppo della placenta. Fisiologia ed anatomia dell'utero nella gravidanza, nel parto e nel puerperio. Vasi linfatici degli organi femminili. Vasi utero-placentali. Malformazione dei genitali. Studio della mucosa normale dell'utero. Studi embriologici o fetali. Fisiologia e patologia della placenta. Scambio fra madre e feto. Anatomia patologica del vomito incoercibile. Studi istologici varii sugli organi genitali. Istologia delle regioni renali in rapporto alla bacteriologia.

3.° Gruppo. — Fisiologia e patologia della gravidanza.
4.° Gruppo. — Fisiologia e patologia del parto.
5.° Gruppo. — Fisiologia e patologia del puerperio.
6.° Gruppo. — Fisiologia e patologia del feto e del neonato.
7.° Gruppo. — Igiene e profilassi ostetrica. Ipnotismo. Anestesia. Narcosi. Asepsi. Antisepsi.
8.° Gruppo. — Terapia ostetrica ed ostetricia operatoria.
9.° Gruppo. — Ostetricia minore.
10.° Gruppo. — Ostetricia legale.

Riunendo tutto il materiale sparso nella letteratura ostetrica dal 1890 al 1895, si può già dire che ce n'è abbastanza per costruire un compendio moderno della specialità utilissimo pel medico e per la levatrice. Per non ripetermi anzi rimando il lettore al mio « Compendio Universale di Ostetricia, » presentato all'XI Congresso medico a Roma (1), e dove a base di riviste ho cercato di fare un quadro completo di tutte le conoscenze ostetriche moderne, cui anche la levatrice deve forzatamente seguire per rimanere all'altezza della scienza e per meritare il nome di levatrice moderna.

Infatti la conoscenza esatta dello stato pubere fisiologico, lo studio delle modificazioni che subiscono le funzioni dell'organismo materno durante la gravidanza, la perizia acquistata sull'ufficio della circolazione del sangue materno, del fetale, del materno-fetale, dell'ufficio e della sede e dei rapporti dei vasi linfatici fra gli organi genitali della donna cogli organi più lontani, la convinzione appresa sulla meccanica del parto, sull'intervento opportuno del medico, sulla indicazione delle operazioni, sulla applicazione delle regole igieniche, ecc., formano il terreno fertilissimo che la levatrice deve coltivare e fare fruttare.

---

(1) M. Pazzi. « Compendio Universale di Ostetricia. » Bologna, 1894, P. Virano.

L'estensione di questo terreno è divenuta vastissima e, invece di scemare, crescerà in avvenire, e questa è la ragione per cui alla donna che al giorno d'oggi vuole dedicarsi alle discipline ostetriche, non basta l'istruzione elementare, ma come vedremo è necessario uno studio preparatorio.

* * *

Nel capitolo in corso devono esservi riepilogate le diverse teorie che militano intorno la febbre puerperale, sul modo di prevenirla o di combatterla e il compito della levatrice ridotto a leggi ben definite, per non generare lo sconforto, la sfiducia nelle levatrici stesse e la non osservanza della igiene che accresce indubbiamente la *mortalità* e *morbilità puerperale.* Dico mortalità e morbilità perchè un gran numero di malattie croniche costituisce il retaggio delle donne puerpere, assistite con poca cura e vittime di processi puerperali leggeri, quando non sono forieri della morte. Il Cioja specialmente ha insistito su questo punto (1) e recentissimamente Remy, come vedremo, per dimostrare che la cronicità delle forme puerperali, come ha scritto Cuzzi con frase felice: « affligge altamente il bilancio non solo delle grandi città, ma anche dei piccoli comuni. »

Di tutti i lavori che si sono succeduti per tratteggiare le complicazioni morbose della gravidanza e del parto, uno specialmente costituisce l'antitesi trattando delle insidie della fenomenologia gravidica fisiologica. L'autore è un francese, Rivière (2), e non mi sembra fuori di luogo riassumere quello che egli ha detto, giacchè può tornare di somma importanza per la levatrice che deve conoscere bene il passaggio fra gravidanza fisiologica e patologica.

Secondo l'A. bisogna sorvegliare le donne incinte e non trascurare nessuna manifestazione morbosa, giacchè ogni fenomeno fisiologico della gravidanza può rappresentare un'insidia pericolosa.

Perciò egli passa in rassegna i fenomeni gravidici dovuti ai varii sistemi organici.

---

(1) Cioja. « Un pubblico provvedimento di profilassi, ecc. » *Morgagni,* Milano, 1887.

(2) Rivière. *Arch. de Clin. de Bordeaux,* N. 10, Anno 1894.

Riguardo al sistema digerente ricorda i sintomi fisiologici dovuti alla inappetenza, al pervertimento dell'appetito, alle nausee, al vomito, ecc. Insiste sulla sorveglianza del vomito che insensibilmente passa dal fisiologico al patologico se da acquoso diventa alimentare, se da periodico continuo, da continuo incoercibile. Ricorda come il fegato subisca una degenerazione grassa che scompare con la gravidanza, ma che alle volte non scompare, si aggrava e perde la proprietà di neutralizzare i veleni che dall'intestino gli arrivano per via della *vena porta.*

Riguardo al sistema circolatorio ricorda lo stato idroemico fisiologico del sangue che può trasformarsi in anemia grave se non si provvede a tempo con tonici e ferruginosi. Ricorda inoltre l'aumento della quantità del sangue e quindi della pressione sua entro i vasi che procura l'ipertrofia del cuore, di nessuna conseguenza se il cuore non è precedente malato. Inoltre accenna agli edemi, alle varici, ecc. Riguardo al sistema circolatorio osserva che durante la gravidanza e più questa si avvicina a termine, inalzandosi l'utero, sollevando contro il diaframma la massa intestinale, la base del torace deve allargarsi e che non è senza effetti se sopravvengono lesioni dei bronchi e dei polmoni.

Riguardo al sistema nervoso nota che possono aggravarsi le condizioni in tutte le donne neuropatiche. Esagerando la suscettibilità nervosa può fino produrre le convulsioni.

Riguardo al sistema uropoietico, nota come l'alterazione renale possa produrre fin quella malattia grave che si conosce per eclampsia.

Finalmente tratta delle alterazioni della vescica, dell'utero, della vagina per l'aumentata circolazione, ricordando la leucorrea e l'irritazione vescicale come fatti fisiologici, le infiammazioni, le vegetazioni, ecc. come fatto patologico. Meritava dunque questo esteso lavoro di essere menzionato un po' estesamente alle levatrici.

Ed ora entreremo in pieno campo patologico.

* * *

Prima di venire ai lavori speciali sulla auto-infezione ed etero-infezione, sull'antisepsi e asepsi, riepilogherò quello che sta scritto nei trattati generali più recenti e prima ancora ricorderò alcuni lavori che indicano i doveri della levatrice.

Il prof. Tibone (1) fino dal 1887 ha scritto:

« Essendo per i processi puerperali comune il fondamento anatomico e comuni le cause, ne viene che riguardo alla cura si possono pure sottoporre a considerazioni generali.

« Questa si distingue in profilattica e diretta. L'ultima si sottrae alla competenza delle levatrici ed è di intiera spettanza del medico. In queste circostanze l'ufficio della levatrice si deve limitare ad eseguire le ordinazioni e le prescrizioni del medico come ad esempio le lavature, le irrigazioni, i bagni e via dicendo, perchè, lo ripetiamo, a processo puerperale iniziato od in corso, la direzione della cura deve essere intieramente devoluta al medico. Ma intanto è dovere della levatrice di conoscere sin dal primo esordire lo insorgere dei processi puerperali affinchè, declinando ogni responsabilità, possa venire chiamato con sollecitudine il medico.

« .... La cura profilattica ha per scopo di prevenire i processi puerperali ....

« La levatrice deve essere immune da tutte quelle malattie che possono costituire un fomite d'infezione. A questo riguardo vanno nominate le piaghe suppuranti in genere e l'ozena, l'eczema cronico, furuncolo, sifilide, ecc. L'artic. 16 della legge 10 Febbraio 1876 dice che le *aspiranti levatrici devono essere sane, non affette da imperfezioni fisiche che le rendano deformi e non atte all'esercizio dell'arte.*

« La levatrice deve negli abiti e nella persona curare scrupolosamente la nettezza. Ha quindi l'obbligo di astenersi da quelle domestiche faccende, che con la osservanza di questo precetto male si confanno.

« Ma oltre i doveri, che la società moderna impone ed esige dalle persone colte ed educate, la levatrice deve avere riguardo a' quei speciali e più rigorosi doveri, che dall'esercizio dell'arte sua sono dettati. »

Il dott. Benedetti (2) nella seduta del 3 Maggio 1889 della Società di Scienze Mediche di Conegliano, parlando delle levatrici e del sublimato corrosivo, così si espresse: « Le levatrici non sono chiamate a

---

(1) A. Tibone. « Sulla assistenza antisettica delle partorienti e delle puerpere » *Giornale per le levatrici,* Milano, Anno I, 1887.

(2) G. E. Benedetti « Le levatrici ed il sublimato corrosivo. » *Gazz. Medica di Torino,* 25 Maggio 1889

combattere la sepsi, chè spetta al medico il cimentarsi nell'ardua lotta, ma a prevenirla; ecco ciò che incombe alla loro responsabilità. Si conceda il sublimato corrosivo (con ogni cautela e diligentemente custodito) nelle soluzioni acquose prescritte per la lavatura degli istrumenti e della veste di servizio; *pei lavaggi vaginali si sostituisca sempre l'acqua bollita ad ogni farmaco.*

« Restringiamo loro il campo d'azione, esigendo non *l'antisepsi ma l'asepsi*: e la società nostra potrà essere lieta del proprio lavoro »

Il dott. Clivio nell'Ottobre del 1889 scrivendo (1) « Qualche parola sui microorganismi e sulla infezione puerperale, » dopo avere spiegato lungamente se ci sono microbi specifici pel tifo, pel carbonchio, per la tisi, ecc., non si può dire altrettanto per i microorganismi della febbre puerperale, che secondo le vie d'entrata che preferiscono e il luogo dove si fermano danno luogo a forme cliniche diverse; dopo avere spiegato tutto ciò e aver detto che il fomite di una infezione puerperale può dipendere da un innocente bitorzolino di marcia che trovate nella mano della levatrice malaccorta, finisce giustamente nel seguente modo:

« Per avere .... la certezza assoluta di non essere causa di febbri puerperali bisogna essere certi che sulle nostre mani, sotto il margine delle unghie, nelle pieghe cutanee delle dita, non sieno ammucchiati di questi microbi del pus e a ciò occorre una lavatura lunga ed accurata con agenti che producano la morte di questi esseri, cioè colle così dette soluzioni disinfettanti. »

Ma quanti mezzi di antisepsi noi possediamo? Abbiamo mezzi meccanici, mezzi fisici e chimici. Fra i mezzi meccanici abbiamo il lavaggio, lo sfregamento; fra i mezzi fisici il calore, le sterilizzatrici, l'acqua bollente; fra i mezzi chimici il sublimato corrosivo (1[2 0[00), il permanganato di potassa (1 0[00), il timolo (2 0[00), l'acido salicilico (2 0[00), la creolina (10 0[00), il solfato di rame (10 0[00), l'acido fenico (20 0[00), il solveolo (30 0[00), l'acido borico (40 0[00), l'acido acetico (100 0[00), per nominare solo i più usati.

Pinard e Varnier (2) fino dal 1885 raccomandavano le irrigazioni col

---

(1) I. Clivio. « Qualche parola sui microbi organici e sull'infezione puerperale. » *Giornale per le levatrici*, Anno IV, N. 19, 1889.

(2) Pinard e Varnier. *Annali di Ginecologia*, II semestre 1885, pag. 454.

bioduro di mercurio al 1[2 0[00 ed il Bernardy (1) di Filadelfia ad una dose molto più concentrata.

Fra tutti gli antisettici nominati quello che gode maggiormente di sicurezza è il sublimato; ma quello non può essere usato senza portare inconvenienti nelle donne affette da nefrite, da catarro intestinale, o da idiosincrasia (incompatibilità individuale). Inoltre, secondo il Mikulicz, il sublimato perde la sua azione in contatto con gli albuminoidi del sangue (2), opinione condivisa dal Cuzzi (3) e dal Michelini (4) per le irrigazioni vaginali scarse, non per le abbondanti, specialmente se seguite da altra borica, quando sieno fatte anche dentro l' utero, per impedire l' assorbimento del mercurio, o per spingere fuori dalla vagina quei 200 o 300 gr. di soluzione del medesimo che suol rimanere dopo le irrigazioni. Il Dührsen ha inoltre osservato che il sublimato unito al sapone non è più antisettico, formando una speciale composizione chimica. Secondo il Barone (5) come saponi disinfettanti sono da preferirsi quelli all'acido fenico, il « sapol crelium » alla creolina, o borico della casa Bertelli (Italia).

« Ora il Bertelli (1895), è riuscito ad impregnare dei fogliolini di carta con del sapone, altri con del sublimato, in quantità determinata per ogni foglietto. Tanto le cartine al sapone, quanto quelle al sublimato, sono riunite in un libretto, che si può comodamente portare nel portafoglio. Al momento di usarli, inzuppate il foglietto in un poco d'acqua, le due sostanze vengono a contatto e così si ha un buon sapone disinfettante » (6). Speriamo che la pratica non debba contradire questo nuovo preparato che fa onore a chi l' ha concepito e che può tornare tanto utile per la disinfezione delle mani della levatrice e del medico.

Non va dimenticato il Lessona (7), che fino dal 1884 fece un interessante lavoro sul potere bactericida del sublimato, rilevandone però

---

(1) Bernardy. Società ostetrica di Filadelfia, Seduta 4 Giugno 1885.

(2) Mikulicz. *Arch. f. Klin. Med.*, 313.

(3) Cuzzi. « I primi 70 giorni della guardia ostetrica di Milano. » Milano, 1886.

(4) Michelini. « Triennio 1887-90 della Maternità di Genova. » *Annali di Ostetr. e Ginec.*, 1892.

(5) Barone. « Manuale di Ostetricia per le levatrici. » Napoli, 1894-95.

(6) Budin. « Sur la prescription des antiseptiques par les sages-femmes. » *Revue d'Hygiène*, N. 12, p. 106, 1890.

(7) Lessona. « Sull'uso del sublimato corrosivo, ecc. » *Annali di Ostetr. e Gin.*, Milano, 1884.

ancora i pericoli. Pericoli che in generale temono troppo molte levatrici nostre, che si sono gettate a capo fitto nella soluzione di acido borico al 4 per cento e credono con questa di fare la disinfezione con un fiasco di due litri che il più delle volte è preso prima del travaglio del parto e dura tutto il puerperio.

Se a questa paura aggiungiamo che in Italia non è stata ancora risolta la questione se la levatrice possa ordinare sublimato, si capisce come il medesimo sia bandito nel maggior numero di parti.

La Francia è stata più accorta di noi in questo soggetto e fino dal 1890, dietro relazione di Budin, approvata da una commissione di professori eminenti come lui (Bourgoin, Brouardel, Guéniot, Nocard, Tarnier), ha stabilito che è *indispensabile di permettere l'impiego di sostanze che possono impedire la propagazione delle malattie puerperali:* secondo la relazione del Budin possono i farmacisti francesi spedire ricetta di levatrici così composta:

Sublimato corrosivo . .	centigr. 25
Acido tartarico	grammi 1
Rosso di Bordeaux . .	mmg. 1

fa pacchetto e poni etichetta: veleno per 1 litro d'acqua. Secondo il Barone, potendosi da noi usufruire delle bottiglie colorate di sublimato corrosivo, che il commercio ora diffonde, propone che sia permesso di usufruirne anche alle levatrici.

Passando ora sopra alla disinfezione delle partorienti, dell'ostetrico e della levatrice, per tutto ciò che riguarda ambiente, oggetti circumambienti, vestiario, indumenti, istrumenti, ecc., e di tutte quelle regole che categoricamente si trovano esposte nei trattati generali e che possono riassumersi in queste parole « *rigorosa antisepsi per ottenere una buona asepsi* » vengo finalmente a dare un ragguaglio delle due opposte teorie auto-infezione ed etero-infezione.

(Continua).

TRADUZIONI

I risultati prossimi e remoti dell'isterectomia vaginale per carcinoma
E SUL MODO DI PREVENIRE LA RECIDIVA

DEL

Prof. G. LEOPOLD

TRADUZIONE DEL DOTT. **ADOLFO MOTTA**

(Continuazione e fine, vedi pag. 385).

Tabella comparativa dei risultati prossimi e remoti.

Dopo	Fritsch (Tannen)	Frauenklinik di Dresda	Kaltenbach	Schauta	Frauenklinik di Berlino	Somma totale Percentuale delle guarigioni
1 anno	65 57.0 %	—	32 40.6 %	—	352 58.5 %	somma totale percentuale guarigioni
2 anni	49 47.0 %	104 49.0 %	—	19 47.3 %	285 49.1 %	somma totale percentuale guarigioni
3 anni	39 48.7 %	84 46.6 %	—	—	247 38.9 %	somma totale percentuale guarigioni
4 anni	31 45.0 %	61 52.4 %	—	—	211 31.3 %	somma totale percentuale guarigioni
5 anni	11 36.0 %	47 53.2 %	—	—	155 25.7 %	somma totale percentuale guarigioni

Questa statistica ci mostra che mentre nelle Cliniche di Breslavia e di Berlino il numero delle guarigioni col crescere della distanza dall'operazione va diminuendo, da noi invece, tale percentuale va aumentando. In altre parole: delle 40-50 prime operate ebbero successivamente a recidivare e a morire ben meno di quelle che subirono l'operazione più tardi. Perciò bisogna affermare, giacchè la tecnica operatoria non si è peggiorata ma migliorata, che dapprincipio mercè una severa selezione si operarono casi che in preponderanza erano di fausta prognosi, mentre in seguito, trascurandosi tale selezione, si assoggettarono all'operazione maggior numero di casi che non concedevano prognosi altrettanto fausta.

Difatti la cosa sta in questi termini. Siccome per molti rispetti riesce istruttiva la discussione dell'indicazione per l'isterectomia, del metodo operativo che fin da principio si adottò, mi si conceda la ricerca delle cause alle quali debbonsi riferire i buoni risultati della prima metà delle operazioni eseguite rispetto alla durata della guarigione, come pure del perchè tali buoni risultati ebbero a diminuire nella seconda serie delle operazioni.

Cause dei risultati prossimi e remoti. — La speciale esperienza anatomo-clinica fatta nel primo tempo della mia attività operativa fece sì che non soltanto da gran tempo non sperai troppo dalla *radicale* esportazione di un carcinoma, ma che di più volli esigere che per l'operazione stessa non si diffondesse ancor più il carcinoma stesso nella ferita. Negli esercizi di istologia patologica diretti dal mio maestro, il prof. Wagner di Lipsia, egli ci aveva dimostrato su numerosi preparati microscopici, specie di carcinoma della mammella, che ben presto un *piccolo* nodo carcinomatoso si diffonde colle sue propagini nel tessuto, e che quand'anche si sia praticata un'ampia incisione attorno del medesimo, pure oltre tale confine si possono trovare focolai carcinomatosi facilmente riconoscibili al microscopio, nei piccoli ammassi di grasso (1). Se poi si hanno a deplorare recidive, si suol dire in tali casi: recidiva non ostante estesissima circumcisione. Istologicamente parlando tale espressione è del tutto erronea.

Il carcinoma non si riproduce, ma c'è già o c'è tuttavia; inavvertitamente non lo si è esportato del tutto. Bisogna quindi dire: « *Benchè il focolaio carcinomatoso fosse piccolo, pure questo aveva propagini molto estese i cui punti terminali non si possono calcolare. Perciò nonostante estesa circumcisione l' estirpazione non è stata completa.* »

Vie di diffusione. — Lo stesso si osserva in carcinomi dell'utero e delle ovaie. Se per esempio il carcinoma dell'utero ha in massima parte sede nel collo, e quivi

---

(1) Confronta anche HAIDENHAIN, Congresso chirurgico e WINTER, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XXVII, 1117.

formando delle caverne irregolari, è trasversalmente penetrato nella muscolare, allora (come i carcinomi della mammella che si diffondono nelle glandole ascellari) esso arriva ben presto alle glandole linfatiche dei parametri, formando quivi fini filamenti e nodi appena avvertibili, che possono sfuggire al dito del più esperto operatore. Lo stesso succede del carcinoma del corpo dell'utero. L'osservazione di parecchi preparati microscopici di tale processo morboso c'insegna: che il carcinoma con speciale predilezione si fa strada nel connettivo intermuscolare, negli spazi linfatici, lungo i vasi linfatici stessi e che ha raggiunto già colle sue propagini riconoscibili soltanto al microscopio la sierosa dell' utero, quando ad occhio nudo si può appena constatare il processo morboso diffuso fino nel mezzo dello spessore della muscolare. Ma le propagini più lontane scavano ivi la sierosa in singoli punti, diffondono il processo alle anse intestinali prossime, riempiono il liquido addominale di cellule, e, benchè si sia praticata la completa esportazione di tutto l'utero malato, dopo poche settimane si riscontrano nuovi segni di recidiva: pur essendosi fatta ampia escisione, essendosi sciolto l'organo con tutte le regole volute dall'arte, l'isterectomia rimane insufficiente e infruttuosa. Il carcinoma non si riproduce, ma bensì è rimasto in sito.

E non c'è dato forse di osservare ancora meglio lo stesso frutto in singole forme di tumori delle ovaie, come nel cistoma papillomatoso o carcinomatoso? Si apre la cavità addominale, si constata poca ascite ma il peritoneo già tutto arrossato, ancor liscio, senza traccia di granulazioni. Si pratica la legatura di un cistoma ovarico che apparentemente è della stessa natura, ha un fino peduncolo. Ciò facendo si osservano sulla sierosa del peduncolo singoli granuli da assomigliarsi a piccolissimi pori. Ma quanto più attentamente ed esattamente si osserva il processo vermiforme, il colon ascendente e la sierosa del mesenterio, in tanto maggior numero ci appaiono queste granulazioni; e se si dovesse esser ancor in dubbio sulla natura maligna della medesima, tale dubbio vien meno del tutto se si esamina minutamente il cistoma asportato fino all'ultimo loculamento e vi si trovano focolai spesso della sola grandezza di un fagiuolo o di una noce, focolai che osservati al microscopio si palesano carcinomatosi. Le loro propagini si fanno strada lungo i linfatici contenuti dal peduncolo, oppure dalla superficie del cistoma diffondono la loro opera distruggitrice agli organi vicini, come succede per il carcinoma del corpo dell'utero.

Benchè la tecnica operatoria dell'ovariotomia non abbia lasciato nulla a desiderare, pure l' ammalata soccombe forse già dopo 6 mesi per carcinoma del peritoneo; l'ovariotomia non ha raggiunto il suo scopo. Non si ha recidiva, ma bensì il carcinoma non è stato asportato tutto.

Innesto coll'operazione stessa. — Com'è noto che tali tumori possono crescere e farsi strada senza dare indizii di sè, e così attraversando lo spessore tutto del-

l'organo, giungere alla superficie dello stesso e diffondersi con piccolissime numerose propagini nella cavità addominale e infettarla, così non v'ha dubbio che una tecnica non conforme alle volute norme durante un'ovariotomia per tali tumori può portare alle stesse conseguenze danneggiando la successiva salute dell'operata.

La seguente esperienza fatta in una delle prime mie operazioni (1882) mi servì di norma per tutte le successive ovariotomie. Il cistoma aveva molte aderenze; e quantunque avessi usato ogni precauzione, il tumore ebbe a rompersi in parecchi punti, e il contenuto del medesimo si versò nella cavità addominale, venendo a contatto pure del cellulare pelvico in più punti privo della sierosa. Il tumore sembrava a prima vista benigno. Nessuna traccia di nodi sul peritoneo, punto ascite. La cavità addominale fu pulita con ogni cura, vi lasciai un drenaggio di gomma, la ferita cicatrizzò con decorso normale. Ma un più esatto esame del tumore mi condusse a riscontrare nel medesimo delle cavità, dei nodi di non dubbia natura carcinomatosa. Perciò non potevo sperare di aver allontanato tutti i germi carcinomatosi certamente portati nel connettivo sottoperitoneale dalla garza stessa che a mo' di spugna raccolse il contenuto versatosi del tumore. Tale mia previsione si addimostrò giustificata. Dopo pochi mesi mi si ripresenta l'operata e constato un duro nodo nel parametrio sinistro, un altro alla parete addominale, quest'ultimo bernoccoluto, formatosi precisamente attorno l'apertura di drenaggio. La malata soccombette ben presto per carcinosi generale. Germi carcinomatosi della cisti furono molto probabilmente innestati durante l'operazione e nella sierosa del piccolo bacino e nella sierosa della parete addominale, supposizione questa che ebbe piena conferma da una successiva ovariotomia (1).

Nel 1885 asportai ad un'ammalata molto emaciata un voluminoso cistoma carcinomatoso di sinistra con forti aderenze. Aveva ascite in legger grado. Sul peritoneo non constatai alcun nodo o altra neoformazione; nell'operazione non potei vedere glandole linfatiche in preda al processo morboso.

Non avendo operato asetticamente per esser incorso nella rottura del tumore e in parecchie lesioni del peritoneo, lasciai nella cavità del bacino un drenaggio di stretta striscia di garza al jodoformio, che fu tolto dopo due giorni. Feci la solita fasciatura con garza al jodoformio e a poco a poco la ferita si rimarginò. Ma già dall'ottavo giorno cominciarono a crescere in corrispondenza della cicatrice le granulazioni, e nonostante esportazione delle medesime e cauterizzazione, in pochi giorni si sviluppò, specie nello spessore della parete addominale e sotto alla medesima, una vegetazione fungosa carcinomatosa che si fece sporgente dall'apertura

---

(1) Confr. i casi di WINTER, *Zeitschr. f. u. Geb. Gyn.*, XXVII, 161.

di drenaggio. Si deve attribuire la sua origine all'innesto nella ferita addominale di germi carcinomatosi dalla cisti.

Il 6 Ottobre 1892 esportai alla signora S. una vegetazione fungosa della porzione vaginale dell'utero ancor mobilissimo. L'operazione procedette benissimo e così pure la convalescenza. Colla spatola avevo fatto una piccola lesione al margine inferiore del grande labbro, lesione che non credetti di suturare perchè non sanguinante e superficiale. Questa si rimarginò ben presto. *Dopo un anno la signora S. mi si ripresentò e dovetti constatare un nodo carcinomatoso della grandezza di una nocciuola, duro, mobile, superficialmente ulcerato, avente la sua sede proprio in quel punto del grande labbro che avevo leso durante l'operazione.* Le glandole erano ancor indenni. Il nodo fu esportato; e all'esame microscopico si palesò quale un cancro ad epitelio pavimentoso. In ogni modo ne veniva naturale l'ipotesi che durante l'operazione si fossero innestate colla spatola nella piccola ferita del labbro, masse cancerigne raschiate.

L'esperienza fatta in questi ed altri casi consimili che mi dimostrò *quali pericoli corre l'ammalata per la rottura verso la cavità addominale d'un focolaio carcinomatoso,* mi portò a quelle precauzioni che non dovevo dimenticare in tali operazioni, sia si trattasse di tumore ovarico, sia di qualsiasi altra neoplasia maligna. Perciò mi sono sempre studiato di rovesciare fuori della cavità addominale intatti i piccoli tumori ovarici. D'altra parte se dovevo rimpicciolire tumori più voluminosi per poterli estrarre più facilmente non mi sono mai attenuto al metodo operativo seguito da molti, e che per i suddetti motivi *ho sempre ritenuto del tutto erroneo,* metodo il quale consiste nell'incidere il tumore, nel lasciar vuotarsi all'esterno il contenuto cistico tra i margini della ferita della parete addominale, uncinando poi la cisti e tirandola innanzi.

Il contenuto cistico non deve versarsi nel cavo addominale. — Invece ho sempre protetto prima i margini della ferita addominale dalla cisti, pel passato con spugne, ora con garza sterilizzata, pungendola poi con un trequarti e vuotandola avendo ad un tempo la massima cura di intercettare al liquido la via verso la cavità addominale.

A tale metodo operativo (1) adottato dal 1882 devo il fatto che delle pazienti affette da tumori ovarici maligni o sospetti e operate soltanto un piccolo numero in seguito, in ogni modo dopo un lasso di tempo relativamente lungo, fu colpito da affezione maligna di altro organo nel quale forse i germi s'erano introdotti da anni. Da tale esperienza ne doveva derivare un piano bene stabilito nell'eseguire l'isterectomia per carcinoma, piano i cui punti cardinali sono i seguenti:

---

(1) Vedi *Arch. f. Gyn.*, XX, 77.

1.° Si operino possibilmente casi recenti.

2.° Si pratichino le legature dei ligamenti per quanto possibile lontano dalla origine e dai margini dell'utero.

3.° Prima d'intraprendere l'operazione si asporti tutto il tessuto carcinomatoso e durante la medesima si porga la massima attenzione affinchè la poltiglia ed il succo carcinomatoso non imbrattino il campo operativo.

Infezione per contatto. — Le molte osservazioni sull'infezione per contatto della vagina in casi di metrocarcinoma precipuamente ci confermarono la necessità di attenerci rigorosamente a tali precetti. Così la signora H. (9 Marzo 1891) presentava nodi carcinomatosi facilmente sanguinanti ad ambo i lati della volta vaginale che corrispondevano perfettamente ai contigui cercini di un grosso carcinoma della porzione vaginale.

La signora S. (23 Giugno 1891) aveva un carcinoma della porzione vaginale ulcerato; dirimpetto sulla parete posteriore della vagina trovavasi un nodo carcinomatoso della grandezza di un fagiuolo, simile a un condiloma. E non ci veniva da tali fatti naturale la spiegazione secondo la quale questi carcinomi della vagina si dovevano attribuire al continuo sfregamento, al distacco dell'epitelio, all'innesto?

E chi potesse ancor proprio dubitare di tal modo di diffusione, se ne persuaderebbe certo nel caso S. (6 Ottobre 1892). Qui si trattava di un carcinoma duro e bernoccoluto del labbro posteriore dell'orifizio esterno uterino. Dirimpetto ad esso nel punto della parete posteriore della vagina che veniva continuamente sfregato dal carcinoma, si trovava un nodo carcinomatoso reniforme circa largo e lungo 2 centim., i cui zaffi s'erano fatti strada per la profondità 2 mm. fino al setto retto vaginale.

Da queste e consimili osservazioni, ne venne di naturale conseguenza che dapprincipio si sottoponessero all'operazione radicale soltanto quei carcinomi dell'utero che concedendogli quasi inalterata la sua mobilità fossero ben poco estesi. Se poi passiamo in rassegna i nostri 42 primi casi, vediamo che soltanto 26 (1) di questi appartengono a questo gruppo di carcinomi allo stadio iniziale; e la lunga assenza di recidiva nel maggior numero dei detti casi deve esser ascritta in gran parte all'esser stato il focolaio carcinomataso ancor piccolo, non esteso. Se tenendo conto di tal fatto ci atterremo ancor rigorosamente alle norme (N. 2 e N. 3) sovra esposte asportando completamente il germe distruttivo, per quanto ce lo permetta la età del tumore e la sua estensione, avremo aspirato all'ultimo fine.

---

(1) N. 1, 2, 3, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 35, 37, 40, 42.

Da gran tempo dò il massimo peso al modo con cui il carcinoma deve essere preparato *per* l'operazione stessa. Ognuno dei miei assistenti e uditori potrà ricordare ch'io ho sempre attribuito a tale neoplasia la massima capacità dell' innesto sul *corpo medesimo* dell' ammalata, e che l' ho ritenuta un processo morboso cellulare sorto da stimoli esterni. Convinto di tal fatto, basandomi soltanto sull'esperienza clinica, nelle mie dissertazioni ai medici che accorrono alla mia clinica per il perfezionamento, ne ho sempre tenuto parola nè mi sono lasciato distogliere dal concetto formatomi dalle molteplici opinioni esposte nel corso degli ultimi anni da varii autori. Nel frattempo il materiale dimostrativo anatomico e clinico è aumentato in modo da doversi ascrivere colla massima probabilità la genesi del carcinoma ad una illimitata neoformazione epiteliale provocata da un processo morboso cellulare o nucleare (1).

Eziologia. — Soffermiamoci un istante sull'argomento dell'eziologia del carcinoma per poter valutare la necessità di tutte le misure e precauzioni da prendersi prima e durante l'operazione. L'ingegnosa teoria di Cohnheim che ascriveva il carcinoma ad una anomalia embrionale, ad uno sviamento di germi embrionali i quali poi col tempo verrebbero a crescere conducendo alla atipica formazione del tumore, non è oggidì più accettabile. Tanto è vero che, volendo addurre un esempio, non si spiegherebbe il formarsi d'un carcinoma del *corpo* dell'utero in donna che abbia avuti più parti normali. Sappiamo che dopo lo sgravo si espelle dalla superficie uterina tutta la decidua vera e che soltanto un piccolo resto vi rimane, specie negli infossamenti imbutiformi della mucosa tra gli adiacenti fasci muscolari, resto dal quale parte la rigenerazione della mucosa uterina. E se quivi si forma un nodo carcinomatoso per una illimitata proliferazione dell'epitelio, nodo che dapprincipio (come nella signora L., N. 28) si manifesta come un polipo a larga base e sporgente nella cavità del corpo, e successivamente soltanto si fa strada nella muscolare, non si potrebbe certo attribuire la formazione del tumore in un tessuto *appena riprodotto* allo sviamento di un germe embrionale.

Ma anche la teoria di Thiersch, restringendo il tema della discussione ai carcinomi degli organi genitali della donna, non ci dà una spiegazione soddisfacente della loro etiologia. Pur rimanendo per ogni tempo indiscutibile il fatto da lui dimostrato essere cioè il carcinoma una neoformazione dell' epitelio, non possiamo tuttavia spiegarci i vari casi di carcinoma degli organi genitali muliebri colla supposizione che quella sia causata da disturbato equilibrio tra epitelio e connettivo. Trattandosi di individuo in età avanzata nel quale il tessuto connettivo e adiposo

---

(1) Confr. mia comunicaz. sul carcinoma del corpo dell'utero. Bonn, « Verhandlungen der deutsch. Gesellschaft f. Gynaeckologie, » IV, pag. 121-123.

va man mano raggrinzandosi, potrà spiegarsi come l'epitelio che continuamente si riforma si possa estendere illimitatamente quasi un fiume cui manchino gli argini. Ma possiamo noi darci la stessa spiegazione d'un carcinoma che appare in una persona giovane? Si potrà già parlare nel caso suo, forse non ha che 24 anni, di processo involutivo del connettivo per rendersi ragione d'un carcinoma della porzione vaginale? Oppure come possiamo noi in una ragazza di 18 anni mettere in rapporto un solido carcinoma ovarico della grandezza d'una testa di bambino con un processo involutivo del connettivo, come potremmo trovare ugual rapporto per una donna di 22 anni, che da poco ha partorito, la quale ha un doppio tumore ovarico cistico e maligno ad un tempo?

E quand'anche ci appoggiassimo al fatto che nelle classi meno agiate, nel popolo s'hanno a deplorare maggior numero di casi di carcinoma in quanto che la cattiva nutrizione porta con sè un precoce deperimento della persona, pure per questi ed altri consimili casi, che potremmo addurre in gran numero, non regge la teoria di Thiersch; sarebbe un arbitrio da parte nostra e non una giusta spiegazione quella di affermare che per i vari individui l'età manifesta la propria influenza prima o dopo.

Tutte le osservazioni cliniche e microscopiche ci portano piuttosto a ricercare le prime cause del carcinoma altrove, e cioè in un *processo morboso delle cellule epiteliali o dei loro nuclei occasionato da speciali stimoli esterni agenti in date condizioni.* In appoggio di tale opinione cito il carcinoma da paraffina e catrame o quello degli spazzacamini sulla cute, specie su quella dello scroto (1).

Ai lavoranti in fabbriche di pece e paraffina, così pure agli spazzacamini si fissano nella cute quelle piccolissime particelle irritanti contenute nella fuliggine. Dapprincipio queste particelle vengono eliminate colla pulizia del corpo. Ma coll'andar del tempo ne rimangono alcune nei piccolissimi seni del derma quasi incapsulate a seconda che la cute da anni continuamente irritata si raggrinza e si gonfia. Cosicchè dette particelle separate dal mondo esterno, tolte dall'influenza benefica della pulizia del corpo, ci spiegano l'irrompere di una dermatite cronica originata dai più profondi strati del derma. E quanti di questi lavoranti vengono colpiti da tal processo infiammatorio e da anni sono tormentati da eczemi cutanei? Ma per ben pochi a tali eczemi tien dietro il cancro della cute; sono singoli quelli che hanno la disgrazia che sul terreno di tale dermatite da fuliggine, si formi un infiltrato duro che troppo presto si manifesta quale cancro epiteliale con metastasi alle glandole ed organi interi. Perciò fuliggine e paraffina non provocano per sè stesse il cancro, ma bensì un'ostinata infiammazione della cute.

---

(1) VOLKMANN. *Samml. Klin. Vortr.* — TILLMANN. *Allgemeine Chirurgie,* 3 ed., pag. 658.

L'epitelio della medesima è soggetto a continua irritazione da parte di detti agenti, è malato. Se questa infiammazione cronica col conseguente ispessimento della cute, colla formazione di pieghe e cripte nelle quali trova terreno l'epitelio, bastasse per sè stesso a produrre sullo scroto o sul dorso della mano il carcinoma, a qual cifra dovrebbe ascendere il numero di simili malati! Il passaggio pur sempre raro di tale processo infiammatorio al carcinoma ci autorizza a supporre che un determinato agente, chiamiamolo X, sia penetrato in tal caso negli epiteli malati e ha potuto fissarvisi per il solo motivo che ha trovato buon terreno per metter radice, ha trovato le condizioni necessarie per vegetare. E chi sa quanto spesso succede che questo X incognita, che pur dobbiamo ammettere si depositi sulla cute del corpo, sulla mucosa degli organi interni ma ne viene eliminato perchè non può fissarvisi, quindi come un grano di frumento seminato in terreno apparentemente molto adatto, pure non vi vegeta perchè questo non gli confà.

Oppure volgiamo la nostra osservazione ai processi carcinomatosi sulle mucose, sulla lingua, nello stomaco, nel retto, ecc. La continua iperfunzione o l'eccessivo stimolo cui sono soggetti singoli punti di detti organi, specie se l'individuo disordina nel modo di vivere, possono produrre infiammazioni croniche, quelle dello stomaco e del ceco sono sufficentemente note. Ma detti organi ammalano forse sempre e in simile caso di carcinoma? Con una accurata pulizia della bocca e dei denti, coll'indicata scelta dei cibi, evitando specie legumi crudi sulla cui buccia può esser depositata ogni sorta di sudiciume, infine regolando la defecazione si potrà e impedire l'insediarsi in detti organi di microrganismi che prediligono mucose infiammate e promuoverne l'eliminazione. D'altra parte non mi sembra ardita la supposizione che col ripetersi dell'assunzione di cibo, con questo possano essere introdotte nel canale digerente piccole quantità dell'incognito agente impercettibili ad occhio nudo, le quali toccando i punti infiammati della mucosa vengono trattenute dall'epitelio malato e quivi vegetano.

E quanto s'avvicina al vero tale ipotesi per il carcinoma dei fumatori al labbro inferiore e per il carcinoma dell'utero? La pressione nell'angolo boccale da sè sola non porta la proliferazione dell'epitelio, se ciò fosse il cancro dei fumatori dovrebbe essere molto più frequente. Ma bensì tal punto va soggetto ad uno stimolo continuo, ad una infiammazione cronica che si risolverebbe se cessasse la causa prima; l'infiammazione cronica può sussistere per anni allo stesso stadio. Ma se ora l'incognita X, l'agente venefico, sia dagli elementi irritanti del tabacco, sia dal sudiciume raccolto nel bocchino della pipa, penetra nell'epitelio malato, il processo morboso delle cellule epiteliali entra in uno stadio nuovo affatto, che, come per la dermatite semplice, si differenzia e per la natura e per il modo di diffusione. La cellula specificamente malata, il suo nucleo proliferano continuamente in ogni direzione e finalmente formano il carcinoma.

E per quanto riguarda il carcinoma dell'utero, sia che esso parta dalla porzione vaginale o dalla mucosa del collo, non ci sono forse parecchie circostanze che ci indicano essere stata favorita la formazione del tumore maligno da una precedente irritazione in precisa direzione del terreno nel quale pose radice?

È noto quanto raramente si constati il carcinoma dell'utero in donne che non abbiano partorito o che non abbiano avuto rapporti sessuali; d'altra parte conosciamo la frequenza di tal processo morboso in quelle che abbiano avuto parecchi parti o che siano state precedentemente affette da gonorrea. Con tale osservazione concorda il fatto che molto più van soggette al carcinoma dell'utero le donne delle classi povere, che in generale hanno un numero di parti maggiore di quelle della classe agiata. Quest'ultima di più non solo ha tempo e mezzi a sua disposizione, ma eziandio per la miglior educazione è portata a tenerci molto più alla pulizia, alle regole dell'igiene; e il sesso maschile che vi appartiene se pur va soggetto con pari frequenza, o forse maggiore, all'infezione gonorroica che quello della classe non abbiente, pure ha maggior tempo, maggior occasione ed eccitamento a fare tutto il possibile per guarire, cosicchè l'infezione gonorroica nel sesso femminile nella classe agiata avviene con molto minor frequenza. Perciò un'anomalia nella costruzione embrionale o una più ricca proliferazione epiteliale nella così detta lotta di confine, non basteranno mai da sè sole a spiegarci l'insorgere di un carcarcinoma del collo dell'utero in donna ancor giovane.

Ma bensì il sì frequente *catarro* della mucosa uterina, sia con o senza erosioni della porzione vaginale, quale si verifica dopo un puerperio, o per es. dopo un'infezione gonorroica, potendo sussistere per anni inosservato, dovrà richiamare la nostra attenzione.

Gli epiteli in preda a cronico processo infiammatorio e irritativo, costituiscono un terreno adatto per certi organismi che denominiamo X. Sono dessi che fanno ammalare gli epiteli, causando la loro illimitata proliferazione in una data direzione. Incidentemente forse tali microrganismi giungono in molte donne alla porzione vaginale o sulla mucosa del collo uterino. Ma non vi si attaccano e vengono eliminati col muco o col sangue menstruale, perchè mancano le precondizioni necessarie perchè possano formar radice, perchè in una data donna non trovano la mucosa malata e lesa come a loro si confà.

E se rivolgiamo la nostra attenzione al *carcinoma della mammella,* le statistiche di Billroth e di Winiwarter ci dànno interessanti schiarimenti per le nostre osservazioni. Sappiamo che vi vanno di preferenza soggette donne che abbiano partorito e allattato, e che molte di queste ebbero a soffrire di infiammazioni più o meno intense alle mammelle. Fra quelle colpite da carcinoma ben poche sono quelle che non abbiano mai partorito e per le quali, esclusa ogni altra possibile causa occasionale, non rimanga per l'interpretazione del processo maligno che o un trauma

alla mammella o l'ereditarietà. Nel maggior numero dei casi un'esatta indagine ci conduce ad un precedente stimolo lungamente durato, sul capezzolo e sulla mammella, il quale può pure e aver prodotto lesioni dell'areola, della delicata cute superficiale, degli epitelii fino nei più fini condotti galattofori, e aver aperto la via d'ingresso a materiali flogogeni e piogeni o di piccolissimi esseri i quali secondo il proprio potere esercitano la loro influenza. E difatti la mastite nel puerperio non dipende forse soltanto da un inquinamento del capezzolo con dati agenti piogeni, dal loro infiltrarsi nei lobi della mammella? E non ci dimostrano forse pure i risultati di singole cliniche: che colla più diligente attenzione e pulizia si possono evitare tali processi infiammatori quasi senza eccezione? Se si considera che non poche di quelle donne che ammalano di carcinoma della mammella, hanno avuto poco o molto tempo prima una mastite, possiamo anche in tal caso ammettere che gli epiteli hanno subìto una modificazione in data direzione, conservando anche dopo la risoluzione del processo infiammatorio le proprietà chimiche e morfologiche della detta loro modificazione. Così modificati costituiscono un terreno adatto per quegli organismi che designiamo quali X incognite e che dobbiamo supporre diano l'impulso all'atipica, illimitata proliferazioue epiteliale. Questi forse in molte donne giungono sulla mammella o vi penetrano, ma rimangono inattivi finchè non trovino terreno preparato, cioè epitelii il cui contenuto cellulare e nucleo per precedente processo infiammatorio siano talmente modificati da offrir loro permanente sede di vegetazione.

Riepilogando ancora il tutto, io mi faccio il seguente concetto dell'etiologia del carcinoma, premetto però che per carcinoma intendo unicamente una neoformazione atipica *epiteliale* con illimitata proliferazione, che si diffonde nell'individuo, per cui in fine si ha il decesso del medesimo.

In primo luogo devo rilevare il fatto anatomico che i focolai primari e secondari di tal processo morboso constano soltanto di cellule epiteliali proliferanti nel massimo grado, che o sono perfettamente identiche a quelle del terreno materno, oppure mostrano i più chiari stadi di passaggio a cellule apparentemente diverse. Il punto di partenza, del processo morboso, il punto cardinale sta dunque nella cellula epiteliale. È dessa che non solo per la prima ma eziandio con maggior intensità viene attaccata dal detto agente morbigeno; cellule epiteliali e agenti morbigeni devono per la loro composizione chimica esser molto affini, e si può ammettere che la potenza chimica di tale agente morbigeno è così grande perchè le cellule epiteliali infette crescono continuamente e si diffondono nel corpo finchè lo abbiano portato al decesso.

Passiamo oltre alla questione se tale azione debba essere ascritta alle sostanze secrete o soltanto alla loro proliferazione. Soltanto conviene ricordare qui che altri agenti morbigeni quali per es. focolai purulenti non distruggono soltanto per sè

stessi il corpo, ma esercitano la loro azione sopratutto coi loro prodotti chimici che invadono la corrente circolatoria.

Dopo quanto ho esposto tengo fermo al concetto che un certo materiale morbigeno, sia esso di natura parassitaria, sia di natura chimica, si sofferma in un piccolo gruppo di cellule epiteliali che gli si confanno per la loro composizione, vi penetra e vi prende stabile e duraturo possesso. Ma, si potrà domandare, perchè l'agente morbigeno penetra proprio in questo gruppo cellulare, perchè non ha attaccato invece quelle adiacenti?

Ecco cosa vi si può rispondere presso a poco. Ammesso che si tratti di un agente morbigeno che senza condizioni precise prestabilite produca il carcinoma, giunto che esso sia nel corpo, dovunque gli piaccia, se si ammette ancora che esso sia molto raro e molto raramente penetri nell'individuo, si dovrà ritenere che la sede della successiva produzione del carcinoma è soggetta più o meno ai capricci della sorte, nè si potrà comprendere perchè quegli una volta si stabilisca e progredisca proprio sulla lingua, altra volta nello stomaco, o nel retto, o sulla cute della faccia, ecc. Tale dubbio cade invece qualora si ammetta trattarsi di un agente morbigeno per sè stesso comunissimo, che si fa strada dappertutto, ma che produce il carcinoma soltanto *sotto date condizioni,* cioè quando e dove abbia trovato un terreno adatto nel quale possa annidarsi. Molto probabilmente si tratta di un agente di una sensibilità chimica enorme, che forse si altera tosto qualora giunga in tessuto sano, che in epiteli del tutto normali non trova precondizioni chimiche necessarie per la sua vegetazione, che vi trova forse fino delle sostanze nocive che lo distruggono; mentre penetra tosto in epiteli che per un processo morboso persistente o passato, o per un processo di trasformazione in seguito all'età, abbiano subìto tali dati mutamenti chimici da essere affini alla sua composizione chimica. Si potrà ancor meglio comprendere tale teoria, qualora si ricordi l'unione dello spermatozoo coll'ovo. Quello potrà giungere ovunque voglia, ma non potrà vegetare e proliferare che nell'ovo stesso, nell'ovo soltanto potrà effettuare nuova produzione.

Il distinguersi di tale neoformazione, dipende come in via generale nella natura, dal genere del germe, dal terreno, dall'irritazione. Se quindi qualcuno dovesse, domandare perchè l'ammesso agente morbigeno sceglie a propria sede precisamente soltanto gli epiteli, gli si potranno indicare le miriadi di processi diversi di simil genere che s'hanno nella natura.

Diffusione attiva e passiva del carcinoma. — Ritornando dopo tale digressione al primo punto trattato, dirò che i risultati di ogni radicale operazione di carcinoma dipendono dalla diffusione attiva e passiva del medesimo nella malata, in altre parole:

1.° dall'operare possibilmente a tempo debito, e

2.° dal preservare con ogni cura le ferite fatte nell'operazione dal contatto e dalla penetrazione nelle medesime di tessuto carcinomatoso.

Quanto più avanzato è il processo morboso e quanto più tardi si opera, con tanta maggior certezza si potrà supporre la presenza di propagini più o meno vicine al focolaio stesso (diffusione in via radiale; metastasi).

In ambo i casi anche colla più estesa circoncisione, coll'asportazione delle glandole accessibili al bistorì, non si potranno evitare recidive. Il carcinoma colla sua attiva diffusione nell'organismo vi ha posto radici non sradicabili.

Naturalmente la cosa cambia totalmente d'aspetto in casi recenti i quali concedono anatomicamente, per essere il focolaio ancora circoscritto, una prognosi assai favorevole. E cionullameno anche questi vanno incontro alla grande possibilità di recidivare ben presto, qualora nell'operazione radicale non si tenga conto dei due serii pericoli, rappresentati primo dalle fine inavvertibili propagini carcinomatose, che purtroppo si possono avere anche in casi recenti, secondariamente dalla *diffusione passiva,* dall'inquinamento del campo operativo con masse carcinomatose durante l'operazione stessa.

Fin da principio nel praticare l'isterectomia vaginale per carcinoma mi sono attenuto a tali vedute, e assoggettai quindi all'operazione, come anche si può arguire dalla prima tabella pubblicata (1), soltanto quei casi possibilmente, in cui l'utero era perfettamente mobile, coi parametri indenni.

I risultati corrisposero alla indicazione stabilita per l'operazione, giacchè nel maggior numero dei suddetti non solo per lungo tempo non s'ebbero a deplorare recidive, ma parte ne sono esenti ancor oggi.

La seguente tabella II.ª dà un prospetto sulle isterectomie praticate in casi di incipiente o recente carcinoma, con esatta indicazione sia della durata d'assenza di recidiva, sia del tempo di comparsa della medesima.

Anzitutto in questa tabella II.ª si osserva che ben molte delle operate *rimasero libere da recidiva 3-9 anni;* eppure l'operazione non era sempre facile, giacchè in certi casi il carcinoma s'era diffuso dal collo fino alla muscolatura della vescica.

Si deve tale risultato unicamente all'aver operato precocemente, all'aver praticato una circumincisione molto estesa, e all'aver scrupolosamente preservate le ferite durante l'operazione dal contatto con masse carcinomatose. Ritornerò presto sulle particolarità, in tal caso dunque nella tabella II.ª devono destare il massimo interesse quei casi i quali benchè operati già nello stadio iniziale, cionullameno ben presto presentarono recidive; e noi dobbiamo ricercarne le cause, o gli errori nei quali potremo essere incorsi nell'operazione.

---

(1) *Arch. f. Gyn*, XXX, 410.

TABELLA SECONDA.

Rapporto alla diffusione del carcinoma ed esito dell'operazione quoad recidivum.

Carcinoma prima dell'operazione. Insorgere e diffusione della recidiva.

1. Carcinomi iniziali. Utero perfettamente mobile. Parametri incolumi.

Numero	Nome	Reperto	Ovaie esportate o lasciate	Risultato senza recidiva		Recidiva da		Dove?
				Anni	Mesi	Anni	Mesi	
1	Krebs.	Carcinoma della porzione vaginale del collo della grandezza di un fagiuolo.	Lasciate.	9	5	—		—
2	Kirchner.	Carcinoma incipiente del corpo.	Lasciate.	9	6	—		—
3	Richt.	Carcinoma fungiforme della porzione vaginale. Nel parametrio sin. teneri nodi.	Lasciate.	8	6	—		—
8	Fudf.	Carcin. fungoso della porz. vag. della grandezza di un pugno con diffus. limitata alla volta vaginale.	?	7	9	—		—
9	Hipp.	Carcinoma del labbro post. della grandezza di un fagiuolo. Utero mobile.	?	—		circa dopo 8	2	—
11	Fisch.	Carcinoma fungoso del labbro poster. Leggera infiltrazione del labbro ant.	—	7	5	—		—
13	Wern.	Carcinoma incipiente del corpo.	Esportata l'ovaia e la tromba destra.	7	8	—		-
14	Blas.	Carcinoma bernoccoluto della porz. vagin. specie sul labbro poster. Utero poco mobile. Param. integro.	?	7	8	—		—
15	F.	Carcinoma crateriforme della porz. vagin. specie del lato sin.	?	7	7	—		—
16	Rok.	Carcinoma sbriciolato della porz. vagin. Utero mobile. Ligamento sacrouterino destro al tatto come una corda immobile.	Esportate ambedue le ovaie.	1 (morì per tisi).	9	—		—
19	Schritze.	Carcinoma fungoso del labbro post. Ligamento sacrouterino destro teso.	?	—		1	3	—
20	Gl.	Proliferazione fungosa in corrispondenza della porzione vagin.	Esport. la tromba e un cisto-ovario sin.	oltre 7	0	—		—

Numero	Nome	Reperto	Ovaie esportate o lasciate	Risultato senza recidiva	Recidiva da	Dove?
				Anni Mesi	Anni Mesi	
21	Fr.	Carcinoma ulcerato del collo. Distacco dalla vescica molto difficile.	?	—	† dopo 1 anno	—
23	Str.	Carcinoma fungoso del labbro post. Ovario intatto.	?	7 2	—	—
24	H.	Carc. frastagl. e ulcer. della porz. vagin. con diffusione alla volta vag. ant.	Esportate ambo le ovaie e le trombe.	7 3	—	—
25	Oe.	Carcinoma fungoso della porz. vag. con diffusione alla volta vag. ant. Vescica lesa.	?	7 2	—	—
26	K.	Utero retrofl. Labbro ant. assai frastagl. e ulcerato.	?	7 0	—	—
27	Th.	Carcinoma fungiforme specie del labbro post. Vagina stretta! Vescica lesa.	?	7 0	—	—
28	L.	Carcinoma della grandezza di una nocciola al fondo e alla parete post. dell'utero.	—	2 5 † per poliartrite.	—	—
31	Berth.	Carcinoma del corpo della grandezza di una nocciuola.	Esportate l'ovaia e la tromba sinistra.	6 6	—	—
32	Behr.	Carcinoma fungoso del labbro poster. A sin. dietro l'utero una corda dura. Distacco della vescica molto difficile.	?	6 8	—	—
34	Not.	Carcinoma della grandezza d'una mela del labbro ant., labbro poster. intatto. Il carcinoma si diffonde fino alla muscolare del corpo dell'utero.	?	—	† 3 11	—
35	Kumm.	Carcinoma fungoso del labbro ant. esteso molto in alto nel collo uterino.	—	—	† 5 1	—
37	Klein.	Carcinoma incipiente della grandezza d'un fagiuolo del labbro post. Circuncisione molto estesa.	?	6 7	—	—
40	Böhm.	Carcinoma fungoso della porzione vag.	Esportate l'ovaia e la tromba destra.	—	† 1 0	—
42	Müll.	Carc. del collo partito dall'ep. paviment. della porz. vag. Vescica preparata fino alla ton muscolare e mucosa. Incisione vicinissima al tessuto malato, appena nel sano.	—	—	†	Tumore della grandezza di una mela in vicinanza dell'ultima vertebra dorsale.
46	Her.	Internamente al labbro ant. e a sinistra nel fondo rugosita. Esame microscopico. Carcinoma.	?	5 7	—	—

Numero	Nome	Reperto	Ovaie esportate o lasciate	Risultato senza recidiva	Recidiva da	Dove?
				Anni Mesi	Anni Mesi	
47	Lös.	Vegetazione carcinomatosa irregolare del labbro ant. Labbro post. ulcerato. A sinistra cordoni. Incisione a destra al confine dell'ersione. A sinistra in vicinanza dell'orificio int. un piccolo nodo.	—	3 6 † per tisi polm. Di più recidiva?	—	—
48	R.	Sarcoma dell'imboccatura della tromba sin. Vagina molto stretta. Taglio longitudinale.	Esportate ambo le ovaie.	5 7	—	—
51	Zi.	Grande vegetaz. carcinomatosa del labbro ant.	—	5 5	—	—
53	Mai.	Carcinoma ulcerato al labbro anteriore. Utero *perfettamente mobile*. Lo spazio del Douglas può essere aperto soltanto dopo legatura dei parametri. Distacco difficile.	—	5 0	—	—
56	Rieg.	Carc. frast. e ulcerato, facilmente sanguinante della porz. vag. Param. sinistro un po' ingrossato. Tutto il tessuto sanguinante dopo l'op. nonostante le molte legature praticate.	—	5 0	—	—
69	X.	Carcinoma incipiente del labbro poster., il carc. ha raggiunto l'orificio int.	Esportate ambe le trombe, non le ovaie.	—	4 2	Ultimo esame nel Luglio 94. Non constatata la recid.
71	Ferm.	Carcinoma della grandezza di un arancio del labbro post., diffondentesi in alto fino all'orificio interno.	—	—	† 1 5	—
73	Pinke nata Sehn.	Carcinoma della grandezza di una mela del labbro post. Parametrio sinistro leggermente ingrossato. Incisione a 1 cm. dal tessuto malato, non così a sinistra nella volta vag.	?	3 7	—	—
74	Kow.	Rugosità nel fondo. Carcinoma. Salde aderenze nello spazio del Douglas.	Lasciate.	3 7	—	—
76	Ro.	Utero della grandezza di un pugno con masse sbriciolate. Carcinoma. Nel distaccare della vescica il dito penetra nella parete ant. fracida, carcinomatosa.	—	—	† 0 8	Carcinoma del bacino. Metastasi nel fegato e nello stomaco.
77	Rei.	Carcin. incipiente del corpo. Lesione della vescica.	—	3 11	—	—
85	Kluge.	Carcinoma fungoso del labbro post.	—	—	† 0 4	Carc. papillomatoso della vescica.

Numero	Nome	Reperto	Ovaie esportate o lasciate	Risultato senza recidiva	Recidiva da	Dove?
				Anni Mesi	Anni Mesi	
86	Nake.	Carcinoma ulcerato della grandezza di un ovo di gallina del labbro ant. Utero antiflesso, mobile. Param. indenni.	Esportate ambo le ovaie.	—	† 0 9	—
94	Meis.	Grande fungo anteriormente. Il carcinoma giunge internamente e davanti quasi fino all'orificio interno.	Esportate.	3 4	—	—
105	Köch.	Carcinoma del corpo della grandezza di una nocciuola con ulcerazioni alla parete ant. e post.	?	2 10	—	—
109	Müller.	Carcinoma incipiente del corpo.	?	2 7	—	—
111	Bisch.	Carcinoma incipiente della porz. vag. con erosioni ad ambo le pareti della vagina. Incisione a 1 cm. dal tessuto malato.	—	† dopo 1 2 per tisi, senza rec.	—	—
114	Pech.	Metrocarcinoma incipiente del corpo.	—	2 0	—	—
116	Böhm.	Carcinoma incipiente della porz. vag.	Esportata tromba ed ovaia sinistra.	2 4	—	—
117	Metn.	Carcinoma del corpo.	Ambedue esportate.	2 3	—	—
118	Lühn.	Carcinoma fungoso del labbro post. Erosione carcinomatosa del labbro ant.	Ambedue esportate.	—	† dopo 0 10	—
120	Huhle.	Metrocarcinoma del corpo. Stato muscolare ancora della grossezza di 1-1 1/2 cm.	Esportate tromba ed ovaia destra.	1 9	—	—
122	Semm.	Carcinoma della porz. vag. Param. intatti. Vasta circumcisione.	—	dopo 0 8 senza rec. † per epilessia	—	—
123	Lor.	Carcinoma a cavolfiore del labbro ant.	Esportate tromba ed ovaia sinistra.	dopo 1 1 senza rec. † per pneumon.	—	—
125	Kön.	Carcinoma iniziale del corpo.	?	1 8	—	—
128	Gai.	Metrocarcinoma del corpo.	—	1 10	—	—
130	Günth.	Carcinoma incipiente del corpo.	Esportate tromba ed ovaia destra.	1 6	—	—
132	Müll.	Metrocarcinoma del corpo.	Ovaie e trombe lasciate.	1 9	—	—

Numero	Nome	Reperto	Ovaie esportate o lasciate	Risultato senza recidiva		Recidiva da		Dove?
				Anni	Mesi	Anni	Mesi	
135	Senr.	Carcinoma iniziale del corpo.	Esportate ambedue le ovaie.	1	4	—		—
136	Weiss.	Carcinoma del labbro ant. Vasta circumcisione.	Esportate ambedue le ovaie.	1	4	—		—
138	Hiss.	Adeno carcinoma del corpo.	Lasciate.	1	6	—		—
140	Galle.	Carcinoma. Polipo del collo. Il carcinoma s'estende fino all'orificio int., è vicinissimo alla sup. di legatura.	—	1	5	—		—

Qui dobbiamo anzitutto menzionare il N. 19:

1. La signora Sch. aveva un carcinoma a cavolfiore del labbro posteriore. Il ligamento sacrouterino destro era teso, ma l'utero mobile. Perciò la prognosi in questo caso sembrava altrettanto favorevole quanto per i N. 14 e 15 i cui uteri erano intensamente attaccati dal carcinoma e in parte meno mobili. E ciononostante pur essendo stato l'andamento dell'operazione perfetto, la Sch. ebbe a soccombere per recidiva già dopo un anno e 3 mesi.

2. Consimile è il caso N. 21, si trattava di un utero discretamente mobile non ostante il carcinoma ulcerato del collo. Ma il distacco della vescica era molto difficile, non si potevano più asportare tutti i noduli e le propagini carcinomatose che risiedevano probabilmente già profondamente nella muscolatura della vescica. Non c'era motivo per la cauterizzazione, giacchè la parete vescicale appariva al tutto molle e rilassata. Eppure ben presto partì da qui la recidiva per la quale l'operata ebbe a soccombere dopo 1 anno e 5 mesi.

3. Quasi identico decorso il caso N. 40 della B., che per egual causa soccombette di recidiva qui dopo un anno.

Dovremmo noi attribuire il precoce decorso in questi tre casi all'essersi portato tessuto carcinomatoso nelle ferite? Io assolutamente non lo credo, giacchè questi casi sono stati operati precisamente colla stessa precauzione contro un eventuale innesto, come i seguenti pei quali parte la recidiva comparve molto tardi, parte non comparve ancora del tutto:

4. N. 42. Signora M., aveva un carcinoma non troppo grande del collo, utero perfettamente mobile. Ma il tumore s'era qui esteso tanto in avanti, che si dovette

discidere la vescica fino alla tonaca muscolare o rispettivamente alla mucosa. Quivi apparve la recidiva soltanto dopo 3 anni e 5 mesi, e precisamente quale metastasi della grandezza di una mela all'ultima vertebra dorsale; mentre la R., N. 41, che era affetta da carcinoma avanzato del collo uterino con parziale distruzione della porzione vaginale, la cui circumincisione offrì molte difficoltà per la fracidità del tessuto, era ancor *libera da recidiva dopo 6 anni e 2 mesi.*

Paragonando questi e simili casi fra loro tutti operati con egual cura, non si potrà attribuire la precoce recidiva di alcuni all'inquinamento delle ferite fatte, ma bensì alla tanto varia per ogni singolo caso e incomputabile diffusione del carcinoma nel circondario, specie nel campo degli interstizi e vasi linfatici compresi nel tessuto rilassato. *Già in carcinomi iniziali i punti terminali delle loro propagini possono distare assai dal focolaio primitivo* (e in tal caso anche una circumincisione estesa non giunge più fino alle estreme propagini, e si verifica una precoce recidiva). *E al contrario carcinomi un po' progrediti costituiscono alle volte per lungo tempo un focolaio isolato, dopo la cui circumincisione molto estesa può mancare a lungo, forse per sempre, la recidiva.*

Questa tesi mi sembra tanto importante, da dover addurre quale evidente dimostrazione della medesima singoli casi:

TABELLA TERZA.

Rapporto tra la diffusione del carcinoma e il risultato.

2. Casi progrediti.

Numero	Nome	Reperto	Ovaie esportate o lasciate	Risultato senza recidiva	Recidiva da quando?	Dove?
				Anni Mesi	Anni Mesi	
5	Richt.	Carcinoma della porz. vaginale. Degenerazione fetida, nodi. Infiltrazione di parte della volta vag. sin. e dei ligamenti larghi. Isolamento difficile.	?	8 5	—	—
7	Schm.	Utero retroflesso. Carcinoma bernoccoluto del labbro posteriore. Distacco della vescica difficile.	Esportata l'ovaia sinistra.	—	† 0 7 dopo l'operazione	—
18	Sieb.	Carcinoma d'ambo le labbra. Fornice sinis. leggermente attaccato. Ligamento sacro uter. sin. molto teso.	Esportata ovaia e tromba di sinistra.	—	7 0	Carc. pelvico di sinistra.

Numero	Nome	Reperto	Ovaie esportate o lasciate	Risultato senza recidiva	Recidiva da quando?	Dove?
				Anni Mesi	Anni Mesi	
22	H.	Carcinoma crateriforme del collo esteso alla volta vag. post. Isolamento molto difficile.	—	—	rec. dopo 0 2 † dopo 0 9	—
29	Zi.	Carcinoma apparentemente incipiente della porzione vaginale, che però giunge fino all'orificio int. Parete ant. cervicale fracida.	—	—	rec. dopo 0 9 † dopo 1 7	Carcinoma pelvico.
30	H.	Vegetazione fungosa ulcerata della grandezza di un uovo d'anitra strettamente aderente alla vescica.	—	—	† dopo 5 4	—
33	Besser.	Tumore crateriforme del labbro post. diffondentesi alla vagina. Distacco molto difficile.	—	—	† dopo 6 5 (?)	—
36	Schm.	Carcinoma fungoso del labbro posteriore appena operabile.	—	—	dopo 4 set. † dopo 0 6	—
38	Arlt.	Tessuto carcinomat. d'ambo le labbra progredito fino alla vescica.	—	6 1	—	—
41	Bnick.	Carcinoma del collo con parziale distruzione della porzione vaginale.	Ambo esportate.	6 2	—	—
43	Hi.	Carcinoma del collo esteso fino all'orificio int. e in avanti fino a 1-2 mm. dalla vescica.	—	5 9	—	—
44	Hens.	Grande carc. d'ambo le labbra. Infiltrazione d'ambo i parametri.	—	—	† dopo 0 10	—
45	Fremd.	Carcinoma del labbro post. estendentesi fino alla volta vagin. Param. sinistro ingrossato.	—	—	dopo 4 3	Nel fornice posteriore.
50	Wi.	Vegetazione fungosa fetida del labbro ant. Parametrio sinistro duro.	—	—	† dopo 4 5	Gastralgia.
52	Schn.	Carcinoma del labbro post. diffondentesi a destra alla vagina.	—	—	† dopo 2 2	Al sacro e al retto.
55	Neu.	Carcinoma sbriciolato della porz. vaginale. Aderenze post. del fondo dell'utero.	—	—	† dopo 2 8	—
57	Mie.	Carcinoma del labbro post. Fornice post. infiltrato.	—	—	† dopo 3 9	Recidiva pelvica.
58	Neub.	*Degenerazione fetido-purulenta d'ambo le labbra.* Fornice posteriore e destro infiltr. *Il carcinoma s'estende molto in alto nell'utero.*	—	11 4	—	—

Numero	Nome	Reperto	Ovaie esportate o lasciate	Risultato senza recidiva	Recidiva da quando?	Dove?
				Anni Mesi	Anni Mesi	
59	Kol.	Poster. tumore facilmente sanguinante *diffuso al fornice posteriore.*	—	4 9	—	—
60	Wetz.	*Carc. ulcerato del collo. Vescica lesa.*	—	4 9	—	—
61	Gn.	Carc. a cavolfiore d'ambo le labbra. Parametrio sinistro ingrossato.	—	—	† dopo 0 9	—
62	R.	Ambo le labbra ulcerate. Carcinoma esteso fino all'orificio interno, in avanti fino alla vescica.	—	—	dopo 4 4	—
63	Dier.	Carcinoma d'ambo le labbra estendentesi alla volta vaginale sinistra.	—	—	† dopo 2 3	—
64	Lel.	Carc. a cavolfiore d'ambo le labbra. *Param. destro duro, infiltrato.*	—	4 7	—	—
65	Forb.	Ambo le labbra della grossezza d'ovo di colombo. Nodi. Param. sinistro indurito. Il carc. s'estende fino all'orificio interno.	—	—	† dopo 1 9	—
66	Eng.	Vegetazione del labbro ant. *Ambo i param. ingrossati.*	—	4 5	—	—
67	Weinh.	Carc. a cavolfiore d'ambo le labbra, estendentesi a sinistra alla volta vaginale.	—	4 0	—	—
68	Die.	Ambo le labbra carcinomatose. *Processo esteso alla vagina.*	—	—	† dopo 0 6	—
70	Scho.	Carcinoma ulcerato del labbro ant. Param. accorciati.	—	4 0	—	—
72	Sch.	Carcinoma d'ambo le labbra esteso alla vagina.	—	—	† dopo 1 5	Fistola retto-vaginale.
75	Tipm.	Vegetazione sbriciolata del labbro post. Ambo i parametri infiltrati.	—	—	† dopo 1 2	Fegato e stomaco.
78	Wip.	Carcinoma d'ambo le labbra. Ambo i parametri infiltrati.	—	—	† dopo 1 8	—
79	Ullb.	Vegetaz. della grossezza di un arancio del labbro ant.	—	—	† dopo 1 3	—
80	Web.	Carc del collo. Volta vag. erosa tutt'attorno.	—	—	† dopo 1 2	—
82	Dür.	Carc. ulcerato della porzione vag. diffuso fino alla vescica. Persona assai emaciata.	—	—	† dopo 0 3	—
83	Herrm.	Carcinoma d'ambo le labbra, diffuso alla volta vag. post. fino alla vescica.	—	—	† dopo 1 3	Carcinoma della vagina.

Numero	Nome	Reperto	Ovaie esportate o lasciate	Risultato senza recidiva	Recidiva da quando?	Dove?
				Anni Mesi	Anni Mesi	
84	Küch.	Veg. del labbro ant. Param. destro più duro.	—	—	† dopo 3 0	—
87	Kmi.	Carc. del labbro post. esteso alla vagina.	—	—	dopo 5 m. † dopo 1 7	—
88	Hohe.	*Porz. vag. frastagliata, ulcerata, diffusione alla vagina, ambo i parametri infiltrati.*	—	3 5	—	—
90	Pan.	Carc. del labbro post. *Adesioni assai ricche di vasi nello spazio del Douglas. Grave emorragia.*	—	3 5	—	—
91	Rei.	Carc. del labbro post. prominente nella vagina. Parametri infiltrati.	—	—	† dopo 3 0	—
95	Esp.	Carc. fungoso d'entrambe le labbra, diffuso alla volta vag. Distacco dalla vescica molto difficile.	Lasciate.	—	† dopo 1 0	—
96	Trom.	Carc. della porz. vag. confinante colla vescica. Circumcisione a 1|2 cm. soltanto dal carcinoma.	—	Vive ancora dopo 3 a. 5 m. (non dà però ragguagli)	—	—
98	Heym.	Labbro ant. frastagliato, ulcerato, carc. fino alla vescica. Utero mobile.	Ambedue esportate.	—	† dopo 1 7	Nella parte destra della cicatrice.
99	Muscht.	Vegetazione fungosa d'ambo le labbra. Carcinoma diffuso fino alla vescica.	—	—	1 10	—
101	Hüb.	Carcinoma d'ambo le labbra esteso in alto fino all'orificio interno. *Distacco della vescica molto difficile.*	Lasciate perchè atrofiche.	3 1	—	—
102	Wag.	Carc. a cavolfiore d'ambo le labbra esteso *al parametrio sinistro.*	—	2 9	—	—
103	Hil.	Carc. della porzione vag. a sinistra sbricciolato.	—	—	† dopo 0 7	—
104	Pommr.	Tumore della grandezza di una prugna continuantesi nel collo.	—	—	dopo 2 6	—
106	Mich.	Metrocarcinoma del *corpo.* Utero fisso. Parametri ingrossati.	—	2 9	—	—
107	Reich,	Grande tumore al labbro posteriore. Circumcisione vicinissima al tessuto malato.	—	—	† dopo 1 0	—
108	Pie.	*Metrocarcinoma del corpo progredito fino alla sierosa. Del liquido fetido-purulento scolante viene raccolto!!*	—	2 4	—	—

Numero	Nome	Reperto	Ovaie esportate o lasciate	Risultato senza recidiva	Recidiva da quando?	Dove?
				Anni Mesi	Anni Mesi	
110	Here.	Largo carcinoma fungiforme della porzione vag.	—	—	dopo 0 9 † dopo 4 2	—
112	Heich.	Carcinoma del labbro post. esteso fino all' orificio interno. Parametri saldati.	—	2 3	—	—
113	Rob.	Carc. della porz. vag. *fornice vaginale destro compromesso.*	—	—	dopo 3 m. † dopo 0 9	—
115	Schra.	Carc. della porz. vag. fino alla vescica. L'*utero facilmente abbassabile.*	—	—	dopo 1 11 † dopo 1 11 suicidio	—
119	Braun.	Carcinoma ulcerato del collo troppo progredito per la isterectomia. Distacco della vescica molto difficile.	—	2 2	—	—
121	Funke.	Metrocarcinoma *del corpo* quasi fino alla sierosa.	—	—	† dopo 1 5	Carc. dell' intest. tenue p. p.
124	Hahm.	Carc. della porz. vag. e d'ambo gli angoli nella volta vaginale.	—	1 8	—	—
126	Feilg.	Carcinoma della porz. vag. Ulcera della parete post. del collo.	—	—	† dopo 1 6	—
127	Schub.	Carc. della porz. vag. erosioni estese in alto nella parete anteriore.	—	—	† dopo 0 6	—
131	Schu.	Tumore del labbro poster. esteso in alto.	Ambedue esp.	—	dopo 0 7	—
134	Fehm.	Carc. della porz. vag. con *carc. d' innesto della vagina.* Esportazione di un *grande segmento della vagina.*	Ambedue esp.	1 9	—	—
137	Flamme.	Carc. della porz. vag. *troppo progredito fino all'orificio int.* e nel param. destro.	—	—	† dopo 0 6	—
139	Kern.	Tumore fungoso della porz. vag. Carc. esteso fino all'orificio interno, alle pareti fino alla superficie di legatura. Recidiva da prevedere ben presto.	—	—	dopo 1 3	—
141	Stäb.	Carc. della porz. vag. esteso fino all'orificio int. e ai parametri. Operazione su tessuto ammalato.	—	—	dopo 0 6	—
142	Ban.	Carc. della porz. vag. esteso fino all'orificio int.	—	0 7	† dopo 0 10	—
143	Reich.	Carc. della porz. vag. con nodi fino alla vescica. Lesione della medesima.	Ambedue esp.	—	—	—

A tale scopo sono stati riuniti nella tabella III.ª i casi che all'operazione erano *già progrediti*. Fra questi i seguenti, pur essendo il carcinoma già molto sviluppato, rimasero a lungo privi di recidiva:

1. R., N. 5, aveva un carcinoma fungoso della porzione vaginale con grande cratere fetido purulento. Parte della volta vaginale sinistra e il legamento largo erano infiltrati. L'utero un po' fissato a sinistra ma ancor mobile. La preparazione era molto difficile. Grave emorragia. Cauterizzazione col Paquelin. L'operata non presentava ancora recidiva dopo 8 anni e 5 mesi.

2. S., N. 18, ambo le labbra carcinomatose. Ligamento sacro-uterino sinistro fortemente teso. Esportate tromba ed ovaia sinistra. Recidiva appena dopo 6 anni e 7 mesi. Carcinoma pelvico sinistro.

3. B., N. 33, tumore facilmente sanguinante esteso a forma di cratere dal labbro posteriore alla volta vaginale. Distacco della vescica molto difficile. Stato di salute dopo 6 anni e 5 mesi ottima. A destra nella cicatrice un nodo della grossezza di un pisello, rene mobile. Recidiva?

4. H., N. 30, labbro anteriore ridotto a un tumore della grossezza d'ovo di anitra, lacerato, cui aderisce saldamente il margine vescicale. Operazione molto difficile causa la salda aderenza colla vescica. Operata troppo tardi. Fistola. Morta per recidiva soltanto dopo 5 anni e 4 mesi!

5. A., N. 38, tumore d'ambo le labbra sporgente nella volta vaginale. *Il carcinoma era talmente progredito nel labbro anteriore, che il distacco della vescica per lavorare su tessuto sano riuscì molto difficile e lungo. La muscolatura della medesima era in un punto così sottilmente preparata* da lasciar trasparire il catetere. Cionullameno *perfetto stato di salute dopo 6 anni e 1 mese!*

6. Neub., N. 58, ambo le labbra presentano degenerazione fetida purulenta. Fornice posteriore e destro infiltrato e ridotto a tenue spazio. 14 Marzo 1888, raschiamento delle masse carcinomatose. Distacco della vescica molto difficile. Il carcinoma molto esteso in alto nell'utero. Libera da recidiva ancora *dopo 5 anni e due mesi.*

7. Wetz, N. 60, carcinoma lacerato del collo. Nel preparare la vescica lesione della medesima. Sutura della ferita. Catetere a permanenza. Libera da recidiva ancora *dopo 4 anni e 9 mesi.*

8. R., N. 62, ambo le labbra lacerate. Carcinoma del collo esteso in alto fino all'orificio interno, in avanti fino alla vescica. Distacco della medesima molto difcile. Stato di salute perfetto dopo 4 anni e 4 mesi. Leggerissimo ispessimento attorno la cicatrice. Recidiva?

Tali casi ci dimostrano chiaramente che snicchiando colla massima attenzione il carcinoma e badando scrupolosamente di non portare nelle ferite fresche poltiglia carcinomatosa o pezzetti di tumore, possiamo premunirci per lungo tempo dalla recidiva. Ma se la cosa sta in questi termini, tanto più incresciose ci debbono riu-

scire in casi consimili le pronte recidive, e dobbiamo allora ricercare se pur l'ammalata non sia stata operata troppo tardi, se non c'è rimasto troppo tessuto carcinomatoso, se non si sia continuamente inquinato il campo operatorio.

Troppo tardi e su tessuto malato s'è operato molto probabilmente nei N. 22, 36, 44, 61, 68 e in altri ancora, e le ferite furono inquinate con masse carcinomatose probabilmente nei casi N. 7, 29, 50, 52, 55, 65 ed altri. Ma se la causa della recidiva si possa in simili casi riconoscere dall' estensione della medesima, ciò mi sembra molto problematico.

Winter, il cui ottimo lavoro (1) sulle recidive del metrocarcinoma, specie sulle recidive da innesto, fu pubblicato mentre stavo scrivendo la presente dissertazione, crede di dover attribuire le estese recidive del connettivo parametrale quali si osservano non raramente dopo l'isterectomia adagiate nella forma più larga alla parete pelvica, non a germi lasciati, bensì a germi innestati durante l'operazione. Pur condividendo in generale tale ipotesi, non posso associarmi nella sua dimostrazione a quanto sostiene a pag. 147: « perchè non si sono lasciati dei germi, perchè si è operato su tessuto sano. » Credo sia molto arrischiato l' addurre tal fatto con certezza dall'osservazione microscopica, mentre se anche fatta su preparati fatti della superficie esterna di quanto s'è esportato, non si può farne di ogni più piccolo punto un preparato dimostrativo. In ogni modo mi sembra dubbia l' ipotesi che se lo strato di tessuto sano del collo si riduce soltanto ancora a 1-2 mm., il connettivo soprastante è però ancor molto e facilmente spostabile, si sia colla massima probabilità operato su tessuto *sano*. Se il carcinoma è così adiacente, rimangono sempre sulla superficie di distacco dei germi; prova di ciò i vari risultati di recidiva, pur avendo operato con egual prudenza e asepsi.

Le conseguenze che ne derivano da tali esperienze fatte e per l'operazione e per l'indicazione della medesima sono le seguenti:

1. *Operazione precoce.* — Sopratutto devesi operare il carcinoma quanto prima possibile. Piccoli focolai, limitati, sono di prognosi favorevole, anche se ci si presentano delle lacerazioni crateriformi; però anche in casi che presentano soltanto piccoli nodi, vi possono essere già delle propagini visibili soltanto al microscopio negli spazi linfatici i cui punti terminali sono già giunti nei parametri.

2. *Circumcisione molto estesa.* — Per ciò bisogna, esportando il carcinoma, circumcidere quanto più lontano possibile dal tessuto malato. E ciò vale specie per quella della porzione vaginale, quando a mo' di merlo si diffonde sulla mucosa vaginale. Generalmente si richiede 1 cm. di distanza in superficie e spessore. Tale distanza non è però sufficiente. Bisogna aver di mira di circumcidere a 2 cm.;

---

(1) *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 27 vol., pag. 145.

certo che ciò non è sempre possibile, ciò dipende dal sito e dall'accessibilità del campo operatorio.

Molte difficoltà anche in casi ancor recenti si possono incontrare nel distacco della vescica e dei parametri; ciò vale specie per i carcinomi del collo. Per i medesimi può valere che o mandino propagini a mo' di zaffi nella muscolatura della vescica, o talvolta il tumore ha sede soltanto ad una parete del collo e ha raggiunto coi suoi margini merliformi il confine esterno di quello, avendo già infiltrato il corrispondente parametrio con fini prolungamenti, ma soltanto fino al grado che permette all'utero la sua perfetta mobilità.

Trattandosi di una diffusione così varia e propria, si potrà operare con buon esito soltanto se non ci accontenteremo di staccare la muscolatura della vescica, ma bensì se la esamineremo attentamente, se in certi punti la staccheremo fino allo strato mucoso, o la cauterizzeremo col Paquelin o ne esporteremo singoli pezzi. E trattandosi di parametri dubbi sarà l'unica e miglior via quella (che del resto spesso rimane un pio desiderio) di attenersi circumcisa la porzione vaginale col dito, distaccante il collo molto all'esterno verso la parete pelvica, per poter possibilmente lasciare sui margini laterali dell'utero molto cellulare pelvico. Infine riguardo ai metrocarcinomi del corpo, ci costa maggior lavoro il serio pericolo dell'inquinamento del campo operatorio, che la circumcisione. E così veniamo:

3. *Il succo canceroso non deve toccare qualsiasi ferita.* — Alle precauzioni che ci devono preservare dall'innesto del carcinoma durante l'operazione. Qui bisogna con pieno convincimento associarsi alle vedute di Winter. Col massimo interesse, con molto piacere ho letto la descrizione del suo metodo operativo e delle necessarie cautele e ho trovato, specie queste ultime, nel punto essenziale esattamente tali quali le seguiamo noi da tempo, ottenendo colle medesime risultati così soddisfacenti.

Avuto riguardo ai principî chirurgici, ho veduto sempre naturalissimo che le cautele da noi usate e descritte da Winter dovessero essere seguite dovunque anche nelle altre cliniche, tenendosi conto delle proprietà anatomiche del carcinoma, e perciò ho stralciato la descrizione che comprendesse anche le minime particolarità dell'operazione. Spetta dunque a Winter tutto il merito di avere descritto esattamente questa parte importante dell'operazione, facendone rilevare il valore. Da quanto egli espone si può arguire che non dovunque si è tratta la conseguenza necessaria per il metodo operativo dalla diffusione attiva e passiva del carcinoma. Ed egli avrà perfettamente ragione. Così almeno si spiegano le grandissime differenze delle recidive di carcinoma nelle singole cliniche, al gran numero di casi di decesso per recidiva già dopo 1 e 2 anni in alcune cliniche, il considerevole miglioramento dei risultati negli ultimi casi di Winter dopo seguite le proprie proposizioni, e i buoni risultati fin da principio ottenuti nella mia clinica. Su questi ultimi a suo tempo

Hofmeier (1) ha pubblicato una critica molto acerba esprimendosi con parole poco gentili: egli disse *che le esperienze della clinica di Dresda sul carcinoma, sono diverse da quelle fatte altrove.*

Io però potrei non solo dimostrargli quanto infondate fossero le sue osservazioni, giacchè egli non aveva letto esattamente il lavoro di Münchmeyer, ma eziandio nella seconda replica (2) gli addussi quale causa dei nostri buoni risultati il fatto aver noi avuto da operare più casi di *carcinomi iniziali* e più carcinomi della porzione vaginale che del collo. Quanto v'abbia contribuito l'*estesa circumincisione e legatura* delle quali ci diamo massima cura nell'operazione, possiamo sorpassare.

OPERAZIONE.

La parte più importante delle medesima si è:

1. La *preparazione* del carcinoma che salvo poche eccezioni si fece sempre *immediatamente prima* dell'operazione.

La malata si trova in profonda narcosi. Operatore e assistenti sono disinfettati secondo le prescrizioni, così pure l'operanda esternamente. Vuotata la vescica e introdotto nel retto un tampone si lava energicamente la vagina con una soluzione d'acido fenico al 2 % nettandola con batuffoli di ovatta finchè il liquido ne scorre limpido. Indi si fissa la porzione vaginale. Qualora questa non giacesse sufficientemente libera (ciò descrissi nella mia prima comunicazione del 1887, *A. f. Gyn.*, XXX, 404), si divaricano le pareti vaginali laterali con le spatole o con forti uncini e si abbassa la superficie carcinomatosa della porzione vaginale per quanto possibile colle pinze del Muzeux o con un uncino introdotto nella cavità cervicale.

Si pulisce ancora energicamente **tutto il tessuto carcinomatoso** *della porzione vaginale con batuffoli imbevuti in soluzione d'acido fenico al 5 %, indi segue il raschiamento* **col cucchiaio aguzzo,** *sempre accompagnato da lento sciacquamento a goccia a goccia.* Se sopravviene emorragia (se ne possono avere di rilevanti specie in larghe vegetazioni carcinomatose), si pratica la legatura del tessuto sanguinante con grossi aghi. Generalmente l'accesso alla cavità cervicale è libera. Dei piumaccioli di ovatta impregnati in soluzione d'acido fenico al 5 % vengono introdotti per mezzo di una lunga pinzetta nella *cavità uterina* e la si pulisce sfregandone le pareti dal *muco e dal sangue; si pulisce completamente la cavità del corpo specie quando il contenuto della medesima sia sospetto o il carcinoma del*

---

(1) « Zur Frage der Behandlung und Heilbarkeit des Carcinoma uteri. » *Münch. med. Woch.*, 1890, 42 e 43.

(2) Stesso loco, 1890, 49.

corpo uterino diagnosticato. Per maggior sicurezza e cautela si lascia nella cavità del canale cervicale un piumacciolo d'ovatta. Tale preparazione è stata ancora in varia guisa spinta più oltre.

Segue ora prima di tutto la rimozione di tutto il tessuto carcinomatoso, per quanto visibile ed accessibile, col cucchiaio tagliente o col Paquelin, sciacquando poi o forbendo energicamente. Vegetazioni della porzione vaginale vengono dunque esportate *in toto*. La superficie della ferita viene lavata energicamente con una soluzione di acido fenico al 5 % o cauterizzata o se vi sono sinuosità irregolari tamponate con garza sterilizzata asciutta. Quindi si afferra con due pinze del Muzeux i margini delle ferite d'ambo le labbra o i resti delle medesime in modo da ottenere occlusione perfetta, sicchè non può scolare del succo canceroso o tutto al più questo può giungere fino al primo strato di garza.

Carcinomi del collo si raschiano pure totalmente, se ne sfregano le pareti e si tampona.

In casi di carcinoma del corpo si pratica pure il raschiamento con molta cautela e la lavatura della cavità, con molta cautela perchè il pericolo della perforazione è grande, e in tal caso può scorrere liquido fetido e soluzione d'acido fenico nella cavità addominale già prima dell'operazione stessa. In ogni modo in tal caso si tampona completamente la cavità uterina con garza al jodoformio e in fine si chiude l'orificio esterno. Le due pinze del Muzeux che provocano tale chiusura servono poi durante l'operazione per tenere e tirare innanzi l'utero.

E ora s'incominci l'operazione stessa. Però il primo operatore e il primo assistente si lavano ancora una volta e bene le mani, specie a lungo nell'acqua calda con sapone e spazzola; indi in una soluzione di sublimato all'1 ‰ secondo le prescrizioni vigenti a questa clinica. A tal uopo fin da principio son preparate loro vicino le rispettive bacinelle da lavacro.

Tale preparazione dura generalmente 15, alle volte 20 minuti, ed io ne accentuo l'importanza, i miei uditori lo sapranno, nella dissertazione prima dell'operazione, facendo rilevare il grande pericolo dell'innesto, e durante tutta l'operazione stessa faccio sì che si ponga la massima attenzione affinchè neppure la minima traccia di succo carcinomatoso scoli dall'utero e che le dita non tocchino tessuto carcinomatoso.

Le due pinze del Muzeux che chiudono l'orificio esterno rimangono in sito durante tutta l'operazione, nè in ogni modo si adoperano per afferrare altre parti Trovandosi ora la vagina troppo stretta, si pratica a sinistra in direzione della tuberosità ischiatica un'incisione longitudinale dalla volta vaginale fino al grande labbro, arrestando l'eventuale emorragia introducendo tosto la larga spatola tenuta da un assistente. E ora si pratica il distacco dell'utero secondo le note norme.

Si incide la porzione cervicale quanto più discosto possibile dal tessuto ma-

lato, per lo meno 1-2 cm., staccando col dito e stirando in alto la volta vaginale. Se il carcinoma si estende a mo' di merlo dalla porzione vaginale lateralmente, la circumcisione sarà irregolare e la dilacerazione col dito descriverà un cerchio attorno le propagini.

Qui comincia già il primo pericolo dell'innesto. Perciò:

2. *Si evita di toccare il carcinoma colle dita o cogli istrumenti, o meglio si continua a lavorare col Paquelin, o meglio, con* **batuffoli asciutti**, con aghi d'aneurisma ottusi e fili di seta.

Se cioè lo spazio del Douglas è aperto, si legano dapprima i segmenti inferiori d'ambo i parametri fino alle diramazioni dell'arteria uterina, continuando poi a lavorare *dal lato più sottile e meno aderente.* Si può poi praticare la legatura del parametrio del lato opposto cominciando dal di sopra venendosi incontro nel mezzo. Per impedire ora (pur essendo il parametrio apparentemente perfettamente sano, può darsi il caso di dover dubitare del suo contenuto) che la minima traccia di succo canceroso giunga sul campo operatorio, prima di tagliare una legatura verso l'utero, si pulisce il tessuto con garza sterilizzata asciutta, e tosto dopo il taglio si asciuga il moncone e la superficie uterina, continuando così finchè l'utero sia sciolto. Ciò si fa specie in casi di carcinoma del collo e del corpo. In caso di aderenza irregolare e merli tra collo e parete vescicale, nel cui distacco si tocca così spesso il carcinoma stesso, o quando a poco a poco si debbano estirpare carcinomi del corpo molto avanzati, per quanto prudentemente si faccia il distacco e si tiri in basso, dai rami del tessuto connettivo sgorga succo canceroso o pus che colla maggior sicurezza possibile si raccoglie con piccoli batuffoli di garza. *Tali batuffoli di garza, di cui ne abbiamo sempre pronta una grande quantità, si gettano via dopo aver toccato coi medesimi lo stesso punto una o due volte.* È sottinteso che nè colle dita nè cogli istrumenti si deve giungere a tali punti per preservare superfici aperte da sostanza cancerosa, ed è pure sottinteso che devesi porre ancora la maggiore attenzione allo scolo di feci che vanno raccolte. Se cionullameno si lordarono dita e istrumenti durante l'operazione, tosto si lavano nuovamente e con ogni cura. Si sciacqua soltanto durante il periodo di preparazione dell'operazione e fino all'apertura della cavità addominale, mai con soluzione di sublimato, ma con debole soluzione di acido fenico o con soluzione fisiologica sterilizzata di cloruro di sodio.

Dopo le comunicazioni di Kaltenbach, l'ultima parte dell'operazione era costituita dalla sutura della breccia addominale, saldando ancora i monconi ad ambo gli angoli, come pure dalla sutura delle incisioni vaginali praticate per dilatare la vagina e vincerne la tensione.

Tutte le isterectomie furono praticate col metodo della legatura progressiva, soltanto alcune, secondo Richelot, col metodo della forcipressura per potersene for-

mare un giudizio. Più volte s'incorse in lesioni della vescica, mai in quelle di un uretere. Le prime si suturarono lasciando un catetere a permanenza. Singoli uteri il cui processo carcinomatoso della porzione vaginale era diffuso a mo' di merlo verso la vescica e il fornice vaginale, si staccarono quasi unicamente col Paquelin, praticando ad un tempo la legatura dell'arteria uterina e spermatica.

Se ora osserviamo ancora una volta i risultati prossimi e remoti nelle 164 operate, troveremo la prima metà dei medesimi (fino circa al N. 70) molto migliore della seconda, astrazion fatta delle operate nell'ultimo anno, giacchè tra le ultime un numero relativamente maggiore ebbe poco dopo l'operazione a recidivare e a soccombere per la recidiva. Questi casi appunto ci dimostrano quanto giuste siano le massime svolte nel presente lavoro, in quanto che per il grande esercizio, per la sicurezza nell'operare, si praticò l'isterectomia in malate in cui una circumcisione sufficientemente estesa non era possibile, per cui il dito operatore lavorava in tessuto malato. Perciò dall'Ottobre 1893 si limitò ancor maggiormente l'indicazione per l'isterectomia. Così si spiega il numero relativamente piccolo di 21 isterectomie fino al 1.° Luglio 1894 contrapposto a numerosissimi casi in cui si fecero soltanto operazioni palliative, che in parte recarono alle malate tale un ristabilimento che avemmo tutti i motivi d'esserne soddisfatti.

Altra prova finalmente ci dà una piccola serie di casi specialmente progrediti operati di gran lunga troppo tardi, quantunque si sia allontanato il tessuto malato per mezzo della resezione osteoplastica del sacro, della laparoisterectomia vaginale, o coll'operazione del Freund. Le due prime operazioni accennate si fecero due volte, l'ultima 8 volte. Delle 4 dei due primi gruppi soccombettero 1 per ciascuno, dell'ultimo gruppo 7 poco dopo l'operazione.

Il decesso in questi casi seguì parte per lo spossamento già esistente prima dell'operazione, parte in causa della medesima. L'atto operativo stesso è gravissimo e la convalescenza, dopo la resezione osteoplastica del sacro e il distacco dell'utero malato e dei parametri, così incerta, ch'io non ho eseguito finora più le dette tre operazioni.

L'operatore può praticare la estesa circumcisione del carcinoma e preservarsi con ogni cura da recidive, se gli si conduce l'operanda quanto più presto è possibile. Volessero i medici, apprezzando questi fatti, ridurre, per quanto sta in loro, a fortunata la sorte di queste malate così degna di compianto.

RASSEGNA

Dott. CESARE BELLATI. — **Sugli endoteliomi dell'ovaio.** — *Il Policlinico,* 1.° Aprile 1895, N. 7.

L'A. nel riferire le sue osservazioni su un endotelioma dell'ovaio operato dal prof. Mazzoni nell'Ospedale di S. Giovanni in Roma, trattandosi di un caso piuttosto raro e appartenente ad un gruppo di tumori non molto conosciuti e molto discussi, ha voluto ricercare nella letteratura gli altri casi che vengono ascritti a questo gruppo, e ne ha trovato dieci, che riporta nel suo lavoro dettagliatamente, allo scopo di poter trarre dalla loro descrizione qualche criterio generale intorno all'aspetto macroscopico di questi tumori, alla loro struttura microscopica e alle quistioni che a questa si connettono, e intorno al loro andamento clinico. Fu anche spinto a pubblicare le sue osservazioni dal fatto importante di aver potuto vedere e studiare nelle cellule di questo tumore quei corpicciuoli che da taluni sono ora ammessi come parassiti dei tumori maligni e da altri come degenerazioni nucleari, in numero straordinariamente grande e circondati da una deposizione di sali calcarei, non accennata finora da nessun altro autore.

Il caso operato dal prof. Mazzoni e studiato dell'A. si riferisce ad una donna di 35 anni, pluripara, ammalata da un anno per tumefazione dell'addome, specialmente verso la regione del quadrante inf. destro, amenorroica da sei mesi, operata già due volte di paracentesi prima del suo ingresso nell'ospedale. L'esame generale non rileva che un notevole deperimento. Coll'esame addomino-vaginale si riscontra nel quad. inf. destro un tumore ovoidale fisso, a superfice irregolare che si spinge in alto a tre dita trasverse dall'ombelico, a sinistra a due dita dalla linea alba, in rapporto di contiguità coll'utero e occupante il fornice di destra e il posteriore. Il tumore è in qualche punto oscuramente fluttuante. Aperto il ventre si trova che il peritoneo aderisce al tumore: tolte queste aderenze ed esportata la massa neoplastica, fuoriesce dalla cavità una discreta quantità di liquido che si riconosce saccato perchè le anse sono tutte all'intorno del cavo, accollate fra di loro e ricoperte da un essudato bianco-giallastro. Svuotato e disinfettato questo cavo, lo si tampona con garza jodoformica, dopo avere ristretto con alcuni punti la ferita addominale. Un mese e mezzo circa dopo l'operazione le condizioni generali dell'ammalata sono migliorate, la ferita è molto ristretta, ma persiste una discreta

apertura che conduce in un piccolo cavo: si sente col dito una riproduzione del tumore sulla parete costituita dalle ante intestinali, e dolcemente si scolla dalle sue aderenze: è della grandezza di un uovo di pollo e all'aspetto macroscopico e al taglio si mostra identica al tumore principale. Questo ha una forma pressochè sferica, misura cm. 20 di diam. e pesa gr. 1020. La superficie sup. è costituita da molte pretuberanze e solchi che ricordano le circonvoluzioni cerebrali, e non è rivestita da capsula, la superficie inf. invece è liscia e come rivestita da una capsula fibrosa di vario spessore, al taglio esce un liquido giallastro, denso, puriforme, le cui colture restano perfettanente sterili. Il tumore è di consistenza piuttosto molle e si mostra costituito principalmente di due parti: una corticale, formata da una enorme quantità di cavità cistiche, dà l'aspetto di una spugna, l'altra centrale si presenta costituita principalmente da grandi fasci connettivali, i quali partendo dal peduncolo in discreto volume, si vanno mano mano dividendo in fascetti più piccoli e, mentre si anastomizzano fra loro, lasciano delle trabecole piuttosto grandi ripiene di una pastiglia giallo-grigiastra. L'A. riferisce molto dettagliatamente, e corredandolo di parecchie figure, l'attento esame microscopico ch'egli ha fatto e che poi riassume concludendo che una gran parte del tumore, e più specialmente la più periferica, presenta la struttura di un cisti-adenoma papillifero, mentre la neoformazione costituente la parte centrale del tumore e diffondentesi tra le singole cisti presenta una struttura prevalentemente cellulare a tipo epiteliale, ma che, ad onta delle più accurate ricerche non ha alcun rapporto coll'epitelio di rivestimento della cisti e che invece sembra sorgere e crescere nelle lacune linfatiche del connettivo, un tumore cioè con cellule di aspetto epiteliale, ma che proverrebbero invece dal tessuto connettivo. Di questi elementi cellulari alcuni si trovano nelle varie fasi della cariocinesi, molti altri sono invece in degenerazione cromatolitica, altri ancora sono in preda a necrosi.

Un'altra particolarità di struttura degna di essere descritta è rappresentata da numerosi corpiccioli inclusi nel protoplasma in numero di uno o più per ogni cellula, e in alcuni tratti così abbondanti che quasi si può dire che non ci sia cellula che non ne racchiuda. Su questi corpiccioli, che per la loro forma, e pel loro aspetto, e per il fatto della loro inclusione cellulare, sono simili a quelle inclusioni cellulari descritte in questi ultimi tempi come parassiti del cancro o come degenerazioni nucleari, l'A. potè dimostrare, colla reazione dell'acido solforico, delle concrezioni calcaree. Tali corpuscoli coesistevano negli elementi cellulari col nucleo in condizioni normali: l'A. non vuole dare a quest'ultimo fatto valore decisivo nella quistione della essenza di tali corpuscoli, però osserva che, almeno nelle cellule da lui studiate, si può difficilmente parlare di generazione nucleare.

Dalla descrizione dei dieci casi riportati dall'A. e di quello da lui studiato, risulta che gli endoteliomi dell' ovaio sono per lo più degenerazioni di altri tu-

mori ovarici. L'aspetto macroscopico varia a seconda che l'endotelioma costituisce da solo il tumore o è secondario: in questo caso presenta l'aspetto dei tumori in cui si sviluppa; quando è primitivo nulla ha di caratteristico che lo faccia distinguere dagli altri tumori solidi dell'ovaio. Ha volume e consistenza varia; non sempre è rivestito da una capsula fibrosa o sierosa. Alla sezione si mostra per lo più di aspetto spugnoso. L'aspetto microscopico è pure diverso nei diversi casi: l'A. però crede che se ne possano stabilire due forme tipiche che descrive: una che si crede procedere dall'endotelio dei vasi sanguigni e che quindi viene chiamata intravascolare, l'altra che gli autori ammettono derivare con molta probabilità dagli endoteli dei vasi linfatici, e che può essere giustamente chiamata endotelioma linfatico. Gli endoteliomi ovarici si trovano in tutte le età, il loro sviluppo è rapido, per lo più sono incastrati nel piccolo bacino, quasi immobili e quasi sempre aderenti agli organi vicini. In alcuni casi, tra gli altri in quello dell'A., si ebbe la riproduzione del tumore in altri organi. Nulla o quasi si conosce sull'etiologia. La diagnosi in vita è possibile. La prognosi è delle più infauste. La cura non è altro che chirurgica, possibilmente pronta e generosa. L'A. finisce esprimendo la speranza che il suo lavoro, in cui ha riunito quanto si sa attualmente sugli endoteliomi dell'ovaio, sia riuscito ad invogliare i colleghi a studiare con cura e pazienza i tumori dell'ovaio, per contribuire così con altri casi alla conoscenza di questo interessante capitolo della patologia ovarica. AMADEI.

VEDELER di Christiania. — **Das Myomprotozoon.** — *Centralbl. f. Bakt. und Parasitenk,* XVII Bd., 1895, N. 718. Con una tavola.

La tecnica seguita dall'A. nel presente studio fu la seguente: fissazione dei pezzi di tessuto fresco ottenuto colla miomectomia nella soluzione acquosa di sublimato corrosivo al 5 0[0: indurimento in alcool: colorazione doppia coll'ematoxilina e l'eosina: inclusione in paraffina. Nelle sezioni così ottenute ed osservate in xylolo a 500 diametri, più precisamente nelle zone di tessuto dove le fibrocellule muscolari e le fibre connettive decorrono longitudinalmente, si potrebbero, secondo l'A., vedere sparsi qua e là degli elementi speciali, ben distinti dagli altri elementi del tumore, sopra tutto pel modo di reagire alle sostanze coloranti. L'A. non esita punto a dichiararli *protozoi,* e come tali li descrive assai minutamente: egli ha trovato inoltre degli esemplari che per lui accennerebbero nettamente al *movimento amiboide* per mezzo del quale il parassita attirerebbe i globuli bianchi: ha verificato in questi i processi di *scissione diretta e indiretta,* non che la formazione di *spore* che egli pensa derivare da *processo endogeno*: ha seguito lo sviluppo graduale di queste spore, tanto fuori che dentro le cellule del tumore,

sieno esse fibrocellule muscolari o elementi del tessuto connettivo: *(sviluppo intracellulare del protozoo):* ha trovato infine esempi di *fagocitosi* esercitata sul parassita dai globuli bianchi. Più di così, in un sol tratto, non si poteva proprio trovare: ma abbiamo voluto riferire i processi tecnici usati per dimostrare che nulla si presenta in essi di così nuovo e di così speciale che valga a spiegarci la facilità e l'abbondanza di reperti tanto notevoli ottenuti in un campo di ricerche così battuto e cosi controverso: epperò se essi verranno confermati si dovrà riconoscere nel loro A. una straordinaria finezza di osservazione e una grande genialità d'interpretazione.

LUIGI VILLA.

A. F. BRANDT. — **Zur Aetiologie der Cysten der kleinen Labien** *(Contributo alla eziologia delle cisti delle piccole labbra).* — *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 1, 1895.

Dette alcune cose intorno alla rarità delle cisti del piccolo labbro, l'A. ne riferisce un caso nel quale la neoformazione, del volume all'incirca di una noce, aveva preso sede al margine del piccolo labbro di destra. Fu esportato mediante un'incisione cuneiforme. All'esame microscopico si riconobbe ch'essa conteneva una cavità, la cui superficie interna era tappezzata da epitelio cilindrico: esisteva inoltre una tonaca connettiva distinta. L'A. crede che tale cisti si sia sviluppata da ghiandole sebacee.

Dott. L. VILLA.

A. A. MURATOW. — **Contributo alla terapia dei miomi uterini sottomucosi e interstiziali durante il puerperio.** — *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 1, 1895.

Le conclusioni cui l'A. è venuto sulla scorta di tre speciali illustrazioni cliniche sono le seguenti:

1.° Si possono curare nel puerperio quei miomi che si raggiungono facilmente e sono asportabili senza difficoltà.

2.° Quando il tumore non si può allontanare *in toto* perchè si frantuma, bisogna, se nulla osta, enuclearlo in una sola seduta, per evitare il pericolo di infezioni.

3.° Se il tumore richiede assolutamente di essere esportato in parecchie sedute, abbiasi l'avvertenza di allontanare tutti i frammenti prodotti dal *morcellement;* fra una seduta e l'altra si curi scrupolosamente la disinfezione della cavità uterina, specialmente di quella porzione della mucosa dove il tumore è impiantato.

4.° A questo scopo si confanno le lavature frequenti col sublimato o il tamponamento con garza imbevuta di glicerina jodoformica.

5.° Se l'esportazione del fibroma è assolutamente indicata, si deve anzitutto considerare se l'operazione è possibile per la via vaginale, e soltanto quando questa offre difficoltà insormontabili si può ricorrere alla laparotomia.

6.° I rialzi della temperatura che alcuna volta si presentano in seguito alla escisione parziale del tumore non accennano all'assorbimento di microrganismi patogeni, ma alla reazione suscitata nell'utero dal tramatismo più o meno grave che, nell'esportare il tumore, non può assolutamente essere evitato.

Dott. L. Villa.

W. P. FILONOWITSCH. — **Due casi di stenosi della vagina.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 1, 1895.

Trattavasi in entrambi i casi di stenosi cicatriziali complicate da fistola vescico-vaginale e retto-vaginale in seguito a parti difficili. Fatta la dilatazione cruenta del cingolo stenotico e suturate le fistole, l'A. potè in entrambi i casi riparare alle perdite di sostanza con lembi mucosi tolti dalle grandi labbra e provvedere in modo stabile alla ricostituzione perfetta del canale vaginale.

Dott. L. Villa.

M. J. RASUMOWSKI. — **Relazione dei Comparti ostetrici del civico ospedale di Odessa nel 1893.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 1, 1895.

Si ebbero 389 parti: in 17 casi = 4. 5 pr., intervento operativo. Puerperii afebbrili nella proporzione dell'89 0[0; febbrili 10. 5 0[0 = Mortalità generale 0. 5 0[0, per sepsi 0. 2 0[0, mortalità dei bambini 5. 09 0[0.

Dott. L. Villa.

M. N. PARGAMIN. — **Caso molto raro di gravidanza multipla.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 1, 1895.

Premesse brevi considerazioni intorno alla rarità ed alle cause delle gravidanze multiple non che intorno ai caratteri dei feti che nascono da esse, l'A. racconta un caso di gravidanza quadrupla, in una VIIpara, di 31 anni. La circonferenza addominale della donna, misurata all'altezza dell'ombellico, era di 114 cm. Il primo

feto fu partorito in presentazione cefalica, il secondo e il terzo si presentarono per i piedi. Mezz'ora dopo l'espulsione dei primi tre feti furono espulse le tre placente, dopo di che nacque il quarto in presentazione podalica. I bambini (3 maschi e una femmina) dimostrarono sviluppo di feti settimestri (31-34 cm. di lunghezza, Kg. 3-3 $^1/_2$ di peso). Ogni feto aveva un sacco e una placenta proprii. La bambina visse cinque giorni: i maschi un giorni. Il puerperio fu normale.

Dott. L. Villa.

Dr. J. C. GREENEWALT. — **Sull' utero infantile.** — *The Am. Journal of Obstetr.*, Marzo 1895.

L'A. riferisce un caso di una paziente che per molti e lunghi anni rimase sofferentissima a causa di utero atrofico.

Vani riuscirono tutti i mezzi, l'ammalata tendeva pure alla follia.

L'A. praticò allora la castrazione estirpando le ovaie entrambe ipertrofiche, iperemiche, e l'ammalata guarì perfettamente.

L'A. crede che quando i disturbi siano tanto gravi da compromettere l'esistenza e che questi dipendano da squilibrii nelle funzioni genitali, sia il sanitario autorizzato all'ovariotomia.

Egli ritiene che nel suo caso i disturbi provenissero dal fatto che le ovaia molto sviluppate erano intralciate nella loro funzione dall'utero atrofico.

Bossi.

C. B. PENROSE. — **Sulla ventrofissazione dell'utero.** — *The American Journal of Obstetr.*, ecc., Marzo 1895.

In base a 25 casi da lui operati riferisce l'A. le sue impressioni intorno a questo atto operativo.

Divide egli anzitutto i casi nel seguente modo:

1.° Casi di retroversione con aderenze.

2.° Casi di retroversione consecutiva a parto e nei quali a lungo e inutilmente si esperimentò il pessario.

3.° Casi di retroversione congenita, o che si manifestò alla pubertà nei quali il pessario difficilmente potevasi usare.

4.° Casi nei quali per prolasso e sensibilità dell'ovaio il pessario non era sopportato.

5.° Casi nei quali le donne per le occupazioni loro e per la dimora non potevano essere sorvegliate da un sanitario onde ovviare agli inconvenienti del pessario.

Sei mesi dopo egli chiese a tutte le pazienti operate notizie delle loro condizioni di salute.

Risposero 20, le quali, meno due, tutte asserirono avere avuto beneficii notevoli dall'operazione. I dolori al sacro ed il mal di capo, che secondo l'A. sono i sintomi più abituali in tale lesione, in molte scomparvero, in altre diminuirono assai. È a notarsi che quasi tutte erano operaie, che avevano ripreso il lavoro poco dopo abbandonato l'ospedale.

Qualche disturbo nell'orinazione appare dopo l'operazione, ma esso è lieve e scompare rapidamente.

L'A. quindi si dimostra partigiano di quest'operazione, e asserisce che nessun viscere rimane danneggiato, che i parti successivi non sono punto complicati, e che se sollievo non segue all'operazione è a ritenersi che i disturbi non erano causati dalla retroversione.

Bossi.

Dr. JOHN T. WINTER. — **Quale è la causa della febbre puerperale?** — *The Am. Journal of Obst.*, Marzo 1895.

L'A. distinguerebbe due forme d'infezione puerperale, quella cioè provocata e sostenuta dall'ingresso di microrganismi patogeni, e quella sostenuta da elementi in putrefazione.

Ritiene più grave e difficile a combattersi la prima, bastando per sopprimere la seconda il togliere gli elementi in putrefazione (feto, placenta, grumi di sangue).

In entrambe le forme però le cure iniziali sono eguali, avendo per base la disinfezione locale.

Bossi.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVII. Agosto 1895. Num. 8.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
14 OCT 95
LIBRARY

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Reumatismo articolare acuto e gravidanza

CONTRIBUTO CLINICO

PEL
Dott. INNOCENTE CLIVIO
Libero docente di ostetricia e ginecologia.

Uno dei capitoli della patologia della gravidanza poco studiati è certo quello del reumatismo articolare, probabilmente perchè è una forma morbosa non molto frequente, e di cui con una certa difficoltà si possono raccogliere parecchie osservazioni cliniche in modo da studiare quest'argomento colla scorta dei fatti. Venne invece di preferenza rivolta l'attenzione al così detto reumatismo puerperale, il quale è una forma che si distingue dal reumatismo articolare acuto pel decorso clinico, per gli esiti e per la cura. Ciò risulta chiaramente dall'esame dei varii lavori pubblicati sull' argomento, il che, prima di procedere allo studio della parte che più ci interessa, io farò brevemente e per sommi capi, cercando di dividere per quanto è possibile quello che riguarda il così detto reumatismo puerperale o artrite genitale, da quanto si riferisce al reumatismo articolare acuto, benchè una separazione netta non sia rigorosamente possibile, non essendo stabilite in modo assoluto le differenze fra le due forme morbose.

Il Lorain (1) pel primo nel 1866 alla *Société Médicale des hôpitaux* mise innanzi l'opinione che esiste una forma speciale di reumatismo

(1) LORAIN. « Discussion sur le rhumatisme blenorrhagique. » *Bull. de la Société Médicale des hôpitaux*, 1866-67.

puerperale paragonabile al reumatismo blenorragico, e che il punto di partenza della malattia lo si avrebbe non solo nelle alterazioni con scolo purulento della vagina e del collo uterino, ma anche dell'uretra, il che tanto facilmente si riscontra in gravidanza. Il Peter (1) non ammise questa distinzione nelle forme articolari dello stato puerperale, riportando l'eziologia piuttosto alla diatesi reumatica ereditaria o acquisita per le condizioni speciali nelle quali si trovano le gravide, le puerpere e le nutrici.

L'Hervieux (2) non accettò neppur lui l'esclusivismo del Lorain, ritenendo che molte di queste artriti fossero di forma blenorragica, ed altre antiche artriti puerperali risvegliatesi; mentre due allievi del Lorain, il Vaille (3) ed il Vachée (4) pubblicarono due tesi a sostegno dell'opinione del loro maestro, il quale ritornò pure più tardi sull'argomento (5) sempre sostenendo le sue vedute. In seguito abbiamo una serie di lavori di diversi autori, i quali tendono a far risaltare la fisionomia speciale che prendono le malattie infiammatorie articolari in gravidanza e puerperio; così il Brauenberger (6) ritiene che queste forme sieno pseudoreumatiche; il Quinquaud pensa (7) che le artriti a carattere clinico speciale con decorso lento e ribelli alle cure, sieno delle artropatie nate sotto l'influenza dello stato puerperale, quelle che vengono in scena dopo il parto sieno delle manifestazioni di puerperi infettivi, e infine durante l'allattamento sieno frequentemente d'origine genitale (collo uterino granuloso, leucorrea più o meno abbondante).

L'Huchard (8) trova nelle alterazioni degli organi genitali il punto di partenza delle artropatie genitali (blenorragia, vaginite, metrite, gravidanza, parto, allattamento, ecc.).

---

(1) PETER, idem.

(2) HERVIEUX. *Bull. de la Soc. Méd. des hôpitaux,* 1866-67. — Idem. « Traité clinique des maladies puerpérales. » Paris, 1870, pag. 1056.

(3) VAILLE. « Du rhumatisme puerpéral. » Thèse, 1867.

(4) VACHÉE. « Simptômes et diagnostic du rhumatisme uro-génitale. » Thèse, 1868.

(5) LORAIN. « Le rhumatisme génital. » *Gazz. d. Hôpit.*, 1875, p. 705.

(6) BRAUENBERGER. « Des manifestations rhumatoïdes de la puerpéralité. » Thèse, 1870.

(7) QUINQUAUD. « Notes sur les manifestations rhumatoïdes de l'état puerpéral proprement dit et du puerpérisme infectieux. » *Gazette Médicale,* 1872.

(8) HUCHARD. « Du rhumatisme secondaire et en particulier des arthropathies génitales. » *Union Médical,* 1875.

Il Tison (1), pur considerando queste manifestazioni articolari come di origine reumatica, ritiene che questa però sarebbe prodotta dalla gravidanza in due modi, sia per le profonde modificazioni che essa induce nello stato generale e nella salute della donna, come anche per le perdite leucorroiche che si riscontrano nella maggior parte delle donne gravide. Il Mercier (2) nella sua tesi viene alla conclusione che vi ha una artrite speciale alla gravidanza che non è di natura reumatica e presenta qualche punto di contatto coll'artrite blenorragica, è refrattaria all'azione del salicilato di soda, ed infine il parto agirebbe sempre in modo favorevole sull' evoluzione di questa artrite e spesso ne determinerebbe la rapida guarigione.

Il Georgiadès (3) nella sua tesi, la quale acquista una certa importanza anche perchè esprime le vedute del Lancereaux, ha un capitolo abbastanza esteso nel quale fa la differenziazione fra il reumatismo articolare e l'artrite genitale, e in base alle sue osservazioni conclude: che si hanno in gravidanza e nell'allattamento delle artriti con evoluzione speciale, e una fisionomia che è sempre la medesima, e che differiscono da quelle reumatiche per l' evoluzione, il decorso, l'esito, le complicazioni e la cura: queste artriti ordinariamente monoarticolari, raramente poliarticolari, il più delle volte con decorso afebbrile ed evoluzione lenta e lunga, terminano frequentemente con anchilosi, raramente mettono in pericolo la vita della paziente, non pare che provochino l' aborto o il parto prematuro, e il parto spesso induce miglioramento nei sintomi articolari; la cura deve essere locale. Celles (4) viene presso a poco alle stesse conclusioni; trova da controindicarsi l'uso del salicilato di soda nella cura.

Se dalle memorie speciali passiamo ad esaminare quanto in modo riassuntivo si trova nei diversi trattati, noi vediamo che la questione è per lo più trascurata o viene solo toccata superficialmente; così il

---

(1) Tison. « Du rhumatisme pendant la grossesse. » Thèse, 1876.

(2) Mercier. « Étude sur l'arthrite survenue pendant le cours de la grossesse (pseudo-rhumatisme de la grossesse). » Thèse, 1883.

(3) Georgiadès. « De l'arthrite génitale survenue pendant la grossesse et dans le cours de la lactation. » Thèse, 1883.

(4) Celles. « Du rhumatisme articulaire pendant l'état puerpéral. » Thèse, 1885.

Müller (1) accenna solo a parecchie delle opinioni dei vari autori francesi, il Tarnier e Budin (2) non si pronunciano sulla patogenesi del reumatismo articolare dicendo che qualunque sia l'opinione accettata su tali accidenti, essi presentano un tipo clinico speciale, differenziandosi essenzialmente dal reumatismo articolare acuto e avvicinandosi molto all'artrite blenorragica.

Il Vinay (3) viene a portare un po' più di luce su questo argomento: egli considera l'artrogravidismo come un pseudoreumatismo infettivo che ha comune col vero reumatismo solo le apparenze grossolane, e ritiene che sia una manifestazione speciale della blenorragia, più facile nella gravidanza perchè questa presenta delle condizioni che favoriscono la moltiplicazione dei gonococchi. Come prova positiva l'A. riferisce che per cinque donne che avevano presentato sintomi di artrite della gravidanza, quattro volte si sviluppò un'oftalmia purulenta dei neonati, e in un'ammalata di questa forma morbosa degente alla Maternità potè trovare il gonococco nelle secrezioni del collo dell'utero.

Da quanto abbiamo fin qui riferito si vede chiaramente come queste artriti gravidiche, sieno o no d'origine blenorragica, presentano dei caratteri differenziali col reumatismo articolare acuto propriamente detto, da non poterlo certamente confondere. E se ora noi esaminiamo la letteratura ostetrica in proposito a questa forma morbosa acuta complicante la gravidanza, noi vediamo che anche nei trattati i più estesi se ne tiene conto in modo molto breve e sommario, molti non ne parlano affatto (Ribemont-Dessaignes e Lepage, Winkel, Joulin, Kaltenbach, Spiegelberg, Runge, Lusk, ecc.), altri parlando in modo un po' esteso del reumatismo puerperale, quasi per incidente accennano al reumatismo articolare acuto che può sopravvenire in una gravida o puerpera col decorso e le complicazioni abituali, senza presentare nulla di speciale, così il Tarnier e Budin (4); il Müller (5) accenna alla possibilità della interruzione della gravidanza, ad una certa predisposizione nel puerperio, e

---

(1) Mueller. « Die Krankheiten des weiblichen Körpers. » Stuttgart, 1888.

(2) Tarnier et Budin. « Traité de l'art des accouchements. » Paris, 1888, Vol. II.

(3) Vinay. « Traité des maladies de la grossesse et des suites des couches. » Paris, 1894.

(4) Loco citato.

(5) Loco citato.

che dopo l'aborto continuerebbe proporzionalmente più a lungo che dopo il parto a termine. Il Barnes (1) ricorda il pericolo della pericardite, e come sia stata messa innanzi la questione del parto prematuro, ma trova dubbia l'opportunità della sua provocazione.

Il Charpentier (2) ritiene che in generale il reumatismo articolare durante la gravidanza si presenti sotto la forma subacuta, colpendo dapprima tre o quattro articolazioni, poi si fissa su una di esse (specialmente il ginocchio) e i sintomi generali scompaiono. La tumefazione ed il dolore alla pressione e nei movimenti costituiscono tutta la malattia. La guarigione sarebbe la regola, ma per lo più questa guarigione si avrebbe con anchilosi. La gravidanza, salvo qualche caso eccezionale, seguirebbe il suo corso naturale. Per la cura suggerisce i sali di chinina, il salicilato di soda e le cure locali.

Il Vinay (3) ammette che il reumatismo articolare acuto può essere risvegliato dalla gravidanza, essendo raro che il vero reumatismo appaia per la prima volta nel corso della gravidanza; ricorda inoltre come la maggior parte degli autori ritiene che il reumatismo segua il suo decorso ordinario con o senza complicazioni, senza nulla presentare di speciale, cita però l'opinione contraria del Noorden: inoltre facendosi il quesito se il reumatismo articolare acuto possa interrompere la gravidanza, accennando ai casi di Brieger e di Hanot, dubita che in questi casi l'aborto sia stato provocato dalla somministrazione del salicilato di soda piuttosto che dalla malattia. Dal punto di vista della terapia, noi vediamo che questo autore ammette essere la gravidanza una controindicazione all'impiego del salicilato di soda a dosi efficaci, perchè questo medicamento ha azione irritante sui reni, e poi perchè probabilmente non è senza influenza sulla contrattilità uterina.

Ed ecco già fin d'ora disegnarsi una questione di non poca importanza circa il trattamento di queste forme morbose, e la sua soluzione almeno in parte mi pare debba avere una certa importanza nella pratica.

Non molto numerose sono poi le memorie speciali che trattano a

---

(1) Barnes. « Traité théorique et clinique d'obstétrique. » Trad. francese. Paris, 1886, p. 288.

(2) Charpentier. « Traité pratique des accouchements. » 2.ª ediz., Vol. I, pag. 865, Paris, 1889.

(3) Loco citato.

preferenza del reumatismo articolare acuto in gravidanza, e dico a preferenza, perchè alcuni casi possono riattaccarsi per parecchi sintomi più all'artrite genitale che al reumatismo articolare, e ciò perchè, come dicemmo, una vera ed assoluta divisione fra i due gruppi di manifestazioni morbose non può tanto facilmente essere fatta. Così molti autori francesi riportano il caso dell'Hanot (1) fra quelli dell'artrite genitale; io, a somiglianza di qualche altro autore (Vinay), lo ascrivo invece fra le forme vere di reumatismo articolare a decorso lento, e qui lo riassumo brevemente, perchè questa storia clinica presenta un certo interesse, specialmente dal punto di vista curativo, essendo stata essa uno dei principali argomenti coi quali si volle bandire l'uso del salicilato di soda.

Il 20 Dicembre 1880 è accolta all' ospedale nella sezione del dottor Hanot una giovane di 29 anni, che da due giorni soffre per dolori vivi al ginocchio sinistro; la donna è robusta e non presenta nulla negli antecedenti, nè di ereditario, nè di personale. Il ginocchio sinistro è tumefatto, dolentissimo, le altre articolazioni sono sane; non vi ha traccia di blenorragia, le ultime menstruazioni comparse nel mese precedente erano regolari e non lasciavano pensare alla probabilità di una gravidanza; temp. 38. 4-38. 6, polso 92-112. Il 29 e 30 Dicembre si prescrivono 4 grammi di salicilato di soda.

Il 31 Dicembre ha metrorragia con espulsione di coaguli in quantità, in uno dei quali si rinviene un embrione di 1 cent. di lunghezza, (da un mese a sei settimane di esistenza). Si sospende il salicilato. Sino alla metà di Marzo i dolori persistettero con alternative di esacerbazioni e remittenze, diminuendo lentamente, come pure la tumefazione; la temperatura fino allora febbrile oscillò fra i 38 e 39. 6, dopo la paziente fu apiretica; a poco a poco, scomparsi i dolori e la tumefazione, verso la fine di Marzo incomincia a camminare, ma non può piegare il ginocchio che in parte e a stento. Alla metà di Aprile rimane ancora una certa rigidità nell'articolazione.

Fatte alcune considerazioni intorno al caso clinico, l' autore si domanda infine se di fronte ad un reumatismo in gravidanza si ricorrerà al salicilato di soda; senza ammettere che il salicilato di soda sia la

---

(1) M. V. Hanot. « Rhumatisme puerpêral dans le premier mois d'une grossesse. Avortement. » *Archives de Tocologie,* 1881, pag. 418.

causa dell'aborto, data la febbre ed i dolori, l'autore però per le buone condizioni della donna non è alieno dal sospettare che il salicilato abbia avuta una parte anche lui nel provocare l'aborto.

Il Brieger (1) riferisce due storie cliniche di reumatismo articolare in gravidanza. Nel primo trattasi di una forma poliarticolare, nella quale vengono somministrati 8 gr. al giorno di salicilato di soda; i dolori e la tumefazione alle articolazioni diminuiscono, ma insorge una endocardite recente. Tre giorni dopo l'insorgenza della endocardite la donna abortisce (3.° mese) con forti perdite di sangue: il puerperio fu normale. Nel secondo caso trattasi di reumatismo articolare recidivante in gravida al 6.° mese, la donna è apiretica: guarisce presto dopo la somministrazione del salicilato di soda. Nessuna influenza del processo morboso sull'andamento della gravidanza e sul feto. L'A. considererebbe l'aborto nel primo caso come causato dalla alterazione della circolazione per l'endocardite acuta.

Hamill (2) per il fatto di osservare degli esiti speciali (anchilosi) nelle forme di reumatismo puerperale, vorrebbe che la forma morbosa fosse data da un microrganismo specifico.

Secondo il Noorden (3) la gravidanza e il puerperio darebbero una impronta speciale al reumatismo articolare acuto aggravandolo; e su 10 casi che riporta estesamente si ha un sol caso di guarigione completa, otto casi nei quali l'uso ed il movimento di qualche articolazione rimase limitato, un caso finì colla completa rigidità di una articolazione. Riguardo all'andamento della malattia si avrebbero facilmente delle riacutizzazioni del processo morboso, una lunga durata dei dolori e della malattia, che nella maggior parte dei casi si protrae per parecchi mesi. Nel trattamento curativo a preferenza usò l'antipirina, ammettendo che si debba essere circospetti nell'uso del salicilato di soda per rapporto ai reni.

---

(1) Brieger. « Ueber die Complication einiger akuten Krankheiten mit Schwangerschaft. » *Charité Annalen*, 1886, Bd. XI, pag. 143.

(2) Hamill. « Puerperal rheumatisme. » (*Univ. med. mag.*, Philadelphia, Nov. 1888, vol. I, pag. 33) riferito nel *Centr. f Gyn.*, N. 536, 1889.

(3) Noorden. « Ueber den Verlauf des akuten Gelenkrheumatismus in Schwangerschaft und Wochenbett. » *Charité Annalen*, 1892, pag. 135.

* * *

Da questo breve esame delle varie opinioni degli autori intorno al modo di presentarsi del reumatismo articolare acuto in gravidanza, si può subito vedere come diverse sieno in proposito le conclusioni alle quali essi vengono, sia in rapporto al decorso, sia per gli esiti, sia per il trattamento curativo. Ma intanto io credo che, raccogliendo un certo numero di casi clinici, si possa almeno in parte rischiarare l'argomento, poichè molte volte l'esame di casi isolati facilmente può indurre a conclusioni errate. Essendomi presentata l'occasione di poter far ciò per la somma cortesia del prof. Mangiagalli, che mi ha permesso di usufruire del materiale clinico del Comparto ostetrico-ginecologico dell' Ospedale Maggiore di Milano, eccomi ora ad esporre brevemente il risultato delle mie osservazioni, passando prima in rassegna il materiale clinico.

I. Caso. — *Reumatismo poliarticolare.* — P. L., d'anni 36, di Baggio, entra in comparto il 31 Ottobre 1888; già degente in altra sala ospitaliera dal 1.° Settembre.

Ricorse all' ospedale essendo affetta da febbri malariche e da reumatismo articolare acuto: guarita della malaria residuano i dolori articolari; viene trasportata in comparto ostetrico-ginecologico perchè in travaglio di parto. Pluripara, ora gravida al 6.° mese; nulla di notevole nella storia anamnestica e all'esame della donna, tranne che pel cuore il quale presenta i toni accentuati, frequenti, aritmici, soffiante il primo su tutti i focolai. Parto abortivo alla sera del 31.

Si fanno poi delle cure locali con pennellature di tintura di iodio, si somministrano bevande alcaline. Il puerperio è regolare; la donna esce guarita il 21 Novembre 1888.

II. Caso. — *Reumatismo poliarticolare.* — L. M., d'anni 33, di Milano, entra in comparto il 21 Gennaio 1889. Pluripara, gravida nel principio dell' 8.° mese; l'epoca del parto segnata dal calendario sarebbe il 27 Marzo.

Da otto giorni soffre per dolori alle articolazioni del pugno, delle ginocchia, e delle spalle insorti senza febbre. Esame generale negativo, apiretica, urine senza albumina. Si somministra il salicilato di soda e il bicarbonato di soda da due a quattro grammi al giorno: i dolori persistono. Il 28 Gennaio insorgono contrazioni uterine. Parto prematuro, il bambino pesa 2020 gr. In puerperio continuano i dolori, e si hanno

rialzi di temperatura. Vengono somministrati il salicilato di soda, l'antipirina, l'ioduro di potassio: essendo diminuiti i dolori e permanendo la tumefazione alle articolazioni, si fanno delle pennellature iodiche; le varie articolazioni affette guariscono completamente tranne la radio-carpica sinistra che presenta ancora il 25 Febbraio un po' di dolentatura ma di poco rilievo. Passa in sala medica per la convalescenza. In parecchi esami non si riscontrò mai albumina nelle urine.

III. Caso. — *Gonilite destra reumatica.* — Z. A., d'anni 25, di Milano, entra in comparto il 28 Giugno 1889. Pluripara, gravida nel 9.° mese.

Da 10 giorni ebbe un attacco di reumatismo poliarticolare che colpì le articolazioni del piede, del ginocchio destro, poi delle mani e delle spalle. Il processo morboso al momento dell'ingresso è localizzato al ginocchio destro che è dolente e tumido. Dall'esame generale nulla si rileva di notevole tranne che il 1.° tono cardiaco è leggermente soffiante alla punta. È apiretica, le urine non contengono albumina. Si somministra del salicilato di soda e si sfascia il ginocchio (29 e 30 Giugno). Si sospende il salicilato (1 e 2 Luglio) Somministrazione di salicilato di soda (3 e 4 Luglio), i dolori diminuiscono in modo considerevole; si rinnova la fasciatura, l'arto è indolente e in parte detumefatto: cura locale con pennellature di tintura di iodio dal 5 al 15 Luglio. Il 16 Luglio, parto spontaneo; il bambino pesa 2800 gr. Al 25 Luglio la palpazione è tollerata, cercando di imprimere dei movimenti passivi all'arto questi riescono assai dolorosi e danno un senso di scroscio rude; non si avverte nessun punto fluttuante per quanto la capsula dell'articolazione sia ancora distesa. Si pratica il massaggio: i dolori ai movimenti passivi diminuiscono notevolmente, e si avvia alla guarigione. Passa in sezione chirurgica per la continuazione della cura locale, essendo finiti i fenomeni puerperali.

IV. Caso. — *Reumatismo poliarticolare. Meningite cerebro-spinale.* — M. D., d'anni 36, di Milano, entra in comparto il 13 Agosto 1889. Pluripara, gravidanza al principio dell'8.° mese: epoca del parto secondo il calendario al 18 di Ottobre.

Da undici giorni incominciò a soffrire per dolori vivi alle articolazioni del ginocchio e dei piedi che si diffusero più tardi al tronco e al capo, ebbe febbre alta, disturbi nell'urinare. Le vennero somministrati del chinino e della morfina. Al suo ingresso nel comparto accusa dolori vivi alla nuca che si diffondono lungo la colonna vertebrale. All'esame generale si notano punti dolorosi alla compressione alla nuca: all'esame del polmone sinistro verso la sua base si nota ottusità, diminuzione del fremito vocale, rumore di sfregamento. Il cuore è aumentato nel suo diametro trasverso e presenta all'ascoltazione il primo tono con soffio

dolce alla punta, il secondo tono è accentuato sulla polmonare. Urina senza albumina. Si somministra un leggero diuretico.

Giorno 15. Insorgono dolori vivi alle braccia, alle spalle: diminuita l'ottusità alla base del polmone sinistro, permane lo sfregamento, temperatura massima 37. 8.

18. 19. Somministrazione di salicilato di soda, i dolori diminuiscono, temp. mass. 37. La notte dal 20 al 21 insorge delirio.

21. La parola è assai inceppata, le pupille non reagiscono, la destra è midriatica, si ha stiramento dell'angolo boccale sinistro, singhiozzo, sbadiglio, moti carfologici. L'utero è contratto; battito cardiaco fetale nel quadrante inferiore sinistro, il collo uterino in via di scomparsa, la testa impegnata e fissa, temp. 37. 6. Polso 120.

22. Delirio, moti carfologici e da ultimo coma, temp. da 38 sale a 39, polso 110. Utero contratto, dilatazione di 5 cm., rottura delle membrane, isterostomatomia, applicazione di forcipe, feto asfittico rianimato, ma muore qualche ora dopo. Secondamento naturale. Si somministra poi del calomelano, si applica un vescicante alla nuca. La donna continua in condizioni gravi, presenta piaga da decubito, albumina nelle orine. La paziente viene a soccombere il 31 Agosto. All'autopsia si rileva una raccolta purulenta abbondante alla base del cervello, lungo l'arteria basilare che si insinua nella scissura di Silvio e di Rolando; pus nel ventricolo mediano e nei due laterali. Iperemia della meninge rachidiana.

V. Caso. — *Reumatismo articolare acuto. Endocardite.* — V. R., di anni 30, di Milano, entra il 24 Aprile 1890. Pluripara, gravida verso la fine del settimo mese.

Insorse il processo morboso quindici giorni prima colpendo parecchie articolazioni, poi si localizzò alla radio-carpica destra con tumefazione della mano. La donna presenta all'esame i sintomi di una endocardite. Temp. 39. 5. Polso 100. Si applica la vescica di ghiaccio alla regione sternale, si somministra antipirina, salicilato di soda. La paziente nella notte dal 26 al 27 soccombe improvvisamente: la donna venne liberata col taglio cesareo *post-mortem*, il feto era morto.

All'autopsia si rilevò un grande focolaio ulceroso nel tessuto paravalvolare delle semilunari aortiche della grandezza di una grossa nocciuola con distruzione di due valvole.

VI. Caso. — *Reumatismo articolare.* — M. M., d'anni 27, di Milano, entra il 5 Ottobre 1890. Pluripara, gravida nel decorso dell'8.° mese, epoca del parto secondo il calendario 21 Novembre.

Dal principio dell'estate soffre per dolori vaghi localizzati specialmente al torace, ed ora ridotti all'articolazione radio-carpica destra con tumefazione che ostacola la funzionalità della mano. Apiretica. Cura lo-

cale con pennellature di tintura di iodio. Parto spontaneo 29 Novembre, il bambino pesa 3450 gr.; dopo tre giorni si rileva una notevole e rapida diminuzione della tumefazione. Esce guarita il 17 Dicembre 1890.

VII. Caso. — *Reumatismo poliarticolare con catarro bronchiale.* — C. E., di Milano, d'anni 25, entra il 7 Novembre 1890. Pluripara, gravida al principio del 9.° mese: epoca del parto segnata dal calendario 5 Dicembre.

Venti giorni sono venne assalita da febbre gagliarda e dolori articolari diffusi: all'ingresso in comparto il dolore e la tumefazione sono localizzati all'articolazione radio-carpica destra e alla tarso-metatarsica sinistra. Presenta inoltre all'esame le note di un catarro bronchiale diffuso. A domicilio fu curata coll'applicazione di cataplasmi con cicuta e belladonna. In sala si continua la cura locale con spalmature di ittiolo e fasciatura. Si somministrano calmanti per la tosse che è piuttosto viva. Apiretica. Il giorno 12 si dànno 3 gr. di salolo, e nello stesso giorno sotto i colpi di tosse si ha la rottura delle membrane. Il parto avviene il giorno 16 Novembre. Peso del bambino 2750 gr. Il giorno 20 la paziente, apiretica al mattino, presenta alla sera un rialzo di temperatura fino a 39. 1 che scomparve spontaneamente: il 23 altro rialzo vespertino fino a 39. 8 con insorgenza di dolori alle articolazioni scapulo-omerali accompagnata da sudore. Sospeso il salolo si somministrano 5 gr. al giorno di salicilato di soda, i dolori diminuiscono, migliorano le condizioni delle articolazioni, è apiretica: essendo cessati i fenomeni puerperali, il 7 Dicembre passa in sala medica per completare la cura del reumatismo articolare già in via di guarigione.

VIII. Caso. — *Artrite cronica.* — R. E., di anni 33, di Milano, entra in comparto il 22 Febbraio 1891. Pluripara, gravida al principio dell'8.° mese: epoca del parto secondo il calendario verso la metà di Aprile.

Verso la metà di Novembre incominciò ad avvertire un dolore ad un ginocchio accompagnato da febbre; poi a poco a poco i dolori invasero le articolazioni delle braccia; allora la donna ricorse all'ospedale e fu ricoverata in una sala medica il 16 Dicembre 91, ed in essa rimase fino all'epoca del suo ingresso in comparto, solo per due giorni fu in una sala chirurgica (12, 13 Gennaio) per l'applicazione di un apparecchio gessato all'articolazione radio-carpica sinistra. Dal suo ingresso nella sala medica fino all'applicazione dell'apparecchio venne curata colla somministrazione di salicilato di soda, in seguito a che scomparvero i dolori, ma non le altre alterazioni. Tumefatta è l'articolazione del ginocchio sinistro che presenta i capi articolari ingrossati, come pure presenta una tumefazione considerevole del capo del radio dell'articolazione radio-carpica sinistra, così che la mano devia verso l'interno, e i suoi movimenti

sono impossibilitati: colla palpazione avvertesi uno scroscio manifesto allorchè si tenta di flettere la mano: tali manovre non sono dolorose. Sono colpite poi anche dal processo morboso l'articolazione radiocarpea destra e del cubito corrispondente, che è anchilosato e l'avambraccio in pronazione. Le urine non contengono albumina. Nel comparto si fa la cura locale con pennellature iodiche e internamente si somministra ioduro di potassio e carbonato di litina. Si ripete l'esame delle orine, sempre negativo. Parto spontaneo a termine il 21 Aprile, il bambino pesa grammi 3100. Le condizioni delle varie articolazioni che erano andate man mano migliorando prima del parto, dopo il parto vennero sempre più guadagnando per la motilità, scomparendo la tumefazione. La paziente volle uscire il 3 Maggio in buone condizioni, ma non completamente guarita.

IX. Caso. — *Reumatismo poliarticolare.* — R. C., d'anni 21, di Motta Visconti, entra in comparto il 18 Settembre 1891. Primipara, gravida alla fine dell'8.° mese: il parto secondo il calendario dovrebbe avvenire il 20 Ottobre.

Sei settimane circa prima dell'ingresso fu colpita da dolori vivi e tumefazione prima all'articolazione del ginocchio sinistro, poi alla scapulo omerale, al cubito e alle dita a destra. Entrò all'ospedale in una sala medica e in essa fu curata con salicilato di soda: i dolori scomparvero. Le urine sono senza albumina; è apiretica. Verso il 30 Settembre accusa ancora qualche dolore articolare. Si somministra dell'antipirina. Il 3 Ottobre parto spontaneo prematuro, peso del bambino gr. 2750. Scompare in puerperio in modo completo il processo articolare e la paziente esce guarita l'11 Ottobre 1891.

X. Caso. — *Reumatismo poliarticolare.* — M. L., d'anni 26, di Milano, entra il 19 Maggio 1892. Pluripara, gravidanza nel 7.° mese.

Sofferse già di poliartrite: il 5 Aprile venne colpita da febbre e dolori a tutte le articolazioni per cui fu accolta in una sala medica dell'ospedale dove fu curata con salicilato di soda a dosi piuttosto alte. La febbre ed i dolori continuarono fino alla fine di Aprile: da allora fu sempre apiretica ed i dolori si erano localizzati al pollice destro ed al ginocchio sinistro. Le urine sono senza albumina. Nella degenza in comparto si continua la cura col salicilato di soda a dosi medie, due, tre, quattro grammi al giorno, qualche pennellata iodica alle articolazioni dolenti. Migliora fino alla completa guarigione: l'esame delle urine ripetutamente praticato fu sempre negativo. La paziente esce guarita e ancor gravida il 14 Luglio 1892.

XI. Caso. — *Reumatismo poliarticolare acuto.* — V. C., d'anni 28,

di Milano, entra in comparto il 9 Agosto 1892. Primipara, gravida nel 7.° mese: epoca del parto secondo il calendario 27 Ottobre.

Da quattro giorni fu colpita da febbre e dolori a parecchie articolazioni, e in tali condizioni entra in comparto; temperatura 38. 2, urine senza albumina: al 10 Agosto al mattino temperatura 38°, alla sera 39. 1. Alle 3 pom., visto il rialzo di temperatura, vengono prescritte otto cartine di salicilato di soda di gr. 0,50 ciascuna: alle quattro pom. la donna accusa dolori da contrazione uterina e si inizia il travaglio del parto che avviene il giorno 11 a mezzogiorno. Il bambino pesa gr. 1500. Si continua la cura in puerperio con salicilato di soda, si immobilizza il piede destro: molto migliorata e in via di guarigione passa in sala medica essendo finiti i fenomeni puerperali (13 Settembre).

XII. Caso. — *Reumatismo articolare acuto.* — F. M., d'anni 34, di Milano, entra il 25 Novembre 1892. Pluripara, gravida all'8.° mese, epoca del parto verso la metà del Gennaio 1893.

Quindici giorni fa venne colpita da dolori alle articolazioni delle ginocchia: a poco a poco questi dolori scomparvero per insorgere alle articolazioni dell'avambraccio e della mano destra, accompagnati da febbre. All'esame generale si rileva che al cuore il 1.° tono è leggermente soffiante alla punta ed il 2.° tono è alquanto accentuato sulla polmonare. La donna è apiretica, le urine sono senza albumina. All'esame locale si rileva che le articolazioni dell' arto superiore destro della mano e del gomito sono tumefatte e dolenti, e la cute è arrossata, lucida e dolente. Dapprima si fa una cura esterna ed interna di ittiolo con leggero miglioramento, ma il 7 Dicembre si fanno dolenti altre articolazioni: temperatura 37. 5. Si somministra del salicilato di soda. La temperatura che al mattino era di 37° si eleva alla sera a 38° e continua ad innalzarsi fino a 39. 1. Il 14 torna apiretica, si continua nei giorni successivi la somministrazione del salicilato di soda; le urine si mantengono sempre prive di albumina, i dolori sono diminuiti, quasi cessati, e la paziente può far eseguire dei movimenti alle articolazioni affette. Il 12 Gennaio avviene il parto normale di un bambino a termine del peso di gr. 3400.

In puerperio continua il miglioramento, i dolori sono scomparsi, solo l'articolazione radio-carpica sinistra ha in parte impediti i movimenti che però vanno anch'essi acquistando: la donna vuole uscire non completamente guarita il 22 Gennaio 93.

XIII. Caso. — *Reumatismo poliarticolare acuto.* — P. G., d'anni 28, di Milano, entra il 22 Agosto 1893. Pluripara, gravida all'8.° mese, epoca del parto secondo il calendario il 6 Ottobre.

Da otto giorni soffre per dolori a tutte le articolazioni accompagnati da febbre. All' esame generale si rileva la milza ingrossata;

all'esame locale parecchie articolazioni sono tumefatte, arrossate, fortemente dolenti. Urine senza albumina. Temperatura 37. 5-38. 3. Si somministrano 5 gr. al giorno di salicilato di soda; scompaiono i dolori e la tumefazione alle articolazioni degli arti inferiori. Al giorno 27 il processo morboso è localizzato alle articolazioni radio-carpiche d'ambo i lati, alla omero scapolare sinistra e alle vertebre lombari. Salicilato di soda.

Giorno 28. Si accentuano i fenomeni infiammatori alle articolazioni suaccennate, temperatura 38. 6. Salicilato di soda.

29. Aumenta di intensità il processo morboso: al cuore area normale, toni non soffianti, frequenti, ma regolari. P. 100, T. 39. 1, 39. 9. Salicilato di soda.

30 mattino. T. 40. 8, P. 104 regolare, 1 gr. di antipirina; 3 pom. 40. 1, la donna è in travaglio e il parto avviene alle ore 8 pom. T. 39. 1. La perdita sanguigna è piuttosto abbondante, ma viene subito regolarizzata colla somministrazione di 1 gr. di segale cornuta. In puerperio la temperatura va gradatamente decrescendo, e dal 31 Agosto al 7 Settembre va dai 39 ai 38: si continua col salicilato di soda.

Il giorno 8 la paziente migliora, la febbre scompare e così l'affezione articolare è di molto migliorata. Al giorno 13, essendo cessato ogni fenomeno puerperale, passa in sala medica.

XIV. Caso. — *Reumatismo articolare leggero.* — G. M., d'anni 21, di Lambrate, entra il 2 Febbraio 1894. Pluripara, gravida al principio del 9.° mese, epoca del parto secondo il calendario alla fine di Febbraio.

È ammalata da circa quindici giorni per dolori che insorsero con febbre e localizzati specialmente alle articolazioni di entrambi i cubiti. Apiretica, urine senza albumina, nessuna articolazione tumefatta, viene curata colla somministrazione di alcalini. La donna sta bene e in terza giornata vuole uscire.

XV. Caso. — *Gonilite sinistra.* — C. E., d'anni 18, di Milano, entra il 10 Febbraio 1894. Primipara, gravidanza nel decorso dell'8.° mese.

Parecchi giorni prima ebbe dolori vaghi alle articolazioni degli arti superiori, poi scomparvero per ricomparire alle articolazioni del ginocchio e specialmente a quello sinistro che divenne assai tumido e dolentissimo: all'esame al momento dell'ingresso mostrasi la cute arrossata e alla palpazione si suscita vivo dolore, i movimenti della gamba sono impossibilitati. Apiretica, urine senza albumina, si somministrano 3 gr. di salicilato di soda giornalmente; continuando i dolori il giorno 15 si applica un apparecchio inamovibile al ginocchio sinistro. Il 24 Febbraio si sospende il salicilato. Le condizioni locali migliorano lentamente; si applica poi un vescicante, i dolori al ginocchio cessano: al 14 Marzo parto spontaneo. Nel puerperio continua il miglioramento, i movimenti

sono ancora un po' limitati pel dolore che si risveglia. Cessati i fenomeni puerperali passa in sala chirurgica il 3 Aprile in via di guarigione.

XVI. Caso. — *Reumatismo poliarticolare acuto.* — S. V., d'anni 31, di Milano, entra il 14 Marzo 1894. Pluripara, gravidanza nel decorso dell'8.° mese.

Il 4 Marzo la paziente fu colta da un vivo dolore alla spalla sinistra accompagnato da febbre: chiamato il medico fece diagnosi di reumatismo articolare acuto e le somministrò delle polveri di salicilato di soda; il dolore scomparve presto dalla spalla e si localizzò all'articolazione delle mani e specialmente della mano destra. Anche al momento dell'ingresso nel comparto le articolazioni delle mani sono dolentissime e l'ammalata non può muoverle che limitatamente e con grande esacerbazione dei dolori. Apiretica, le urine non contengono albumina. La donna rimase in comparto solo 14 giorni, poi volle uscire contro il parere del curante; nel periodo in cui fu degente all'ospedale i dolori articolari subirono prima delle alternative di miglioramento e peggioramento, poi incominciò a migliorare stabilmente. Il trattamento fu di salicilato di soda a dosi elevate cioè il giorno 15 gr. due, il 16 gr. tre, il 17 gr. quattro, il 18 gr. sei, dal 19 al 24 compreso, gr. *otto* al giorno. Viene sospesa per due giorni la somministrazione del rimedio perchè in ultimo era digerito difficilmente; il giorno 27 venne ripresa (gr. 6), il 28 la donna lasciò il comparto. Nel frattempo nessun accenno a contrazioni uterine, a perdite di sangue dai genitali; le urine si mantennero sempre normali.

* * *

Ed ora veniamo a qualche considerazione in rapporto ai diversi problemi non ancora completamente risolti riguardo all'argomento che stiamo trattando. Reumatismo articolare acuto e gravidanza sono reciprocamente influenzati o no? O meglio, in altri termini, il reumatismo articolare acuto sopravvenuto in donna gravida segue il suo decorso ordinario con o senza complicazioni, senza presentare nulla di speciale in rapporto al suo decorso e agli esiti, come asseriscono la maggior parte degli autori; ovvero, come vorrebbe il Noorden, acquista una fisionomia sua propria rispetto al decorso, ai metodi curativi speciali, così da differenziarlo in modo netto dal comune reumatismo articolare? La gravidanza poi segue il suo decorso normale ovvero risente l'influenza dal processo morboso?

Sopra sedici casi clinici riportati abbiamo cinque casi che lasciarono il comparto completamente guarite (I, VI, IX, X e XIV), uno (il XII) avviato alla guarigione, sei passarono in altre sale ospitaliere per il completamento della cura, essendo cessati i fenomeni puerperali: dal punto di vista dell'esito essi erano già avviati alla guarigione completa (II, III, VII, XI, XIII, XV), non residuando alcun sintomo di lesioni articolari permanenti, un caso (VIII) uscì di sua volontà dall'ospedale, mentre perduravano i fenomeni locali, e pur essendo in via di miglioramento. Per esso conviene essere riservati circa la prognosi per la funzionalità dell'articolazione, perchè la lunga durata del processo morboso, e la lentezza nel miglioramento lasciano dei dubbi circa l'esito finale. Una (XVI) esce nel periodo acuto del processo morboso che si presenta in certo modo ribelle alla cura. Abbiamo infine due casi di morte: ciò avvenne per complicazioni, le quali, a vero dire, non sono delle più comuni nel reumatismo articolare acuto; perchè se per un caso (V) si potrebbe invocare la grande frequenza colla quale i processi infiammatori endocardici accompagnano il reumatismo articolare acuto, è giusto però ricordare che questi processi infiammatori hanno sede di predilezione sulla valvola mitrale e, e questo è il più importante, rarissimamente giungono a dare una forma ulcerosa, tanto che alcuni autori inclinano a credere che i casi di questo genere appartengano piuttosto a forme di reumatismo secondario avente solo l'apparenza del reumatismo articolare acuto.

Rarissima poi è la complicazione verificatasi nell'altro caso (IV); infatti se gli accidenti cerebrali gravi nel corso di questa malattia vennero parecchie volte segnalati dagli autori, il loro modo di manifestarsi avvenne sotto forme diverse, e quella da noi ricordata è una delle più rare. Si ebbero i disturbi dell'urinare (Herman e Weber); la malattia presentò uno stadio di miglioramento con dolori articolari meno vivi poco tempo prima del manifestarsi dei sintomi cerebrali; mancò invece l'ipetermia la quale accompagna il più delle volte la forma di reumatismo complicata da accidenti cerebrali, ed infine dal punto di vista anatomo-patologico si ebbe il rarissimo reperto della meningite suppurata. Noto poi solo incidentalmente che queste complicazioni per quanto rare, non sono evidentemente da attribuirsi alla concomitanza del reumatismo articolare colla gravidanza.

Quale conclusione di questa rapida rivista dei casi clinici più sopra riportati possiamo ammettere che dal punto di vista del decorso, della durata e degli esiti locali, i casi riportati se non si allontanano dal quadro clinico normale di questo processo morboso, vi ha però una certa tendenza al protrarsi del processo morboso, e l'articolazione più fortemente colpita molte volte richiede un tempo piuttosto lungo per riacquistare la completa sua funzionalità: con questo non intendo però di accettare l'opinione del Noorden che mi pare troppo spinta, almeno pei casi da me presi in esame.

Venendo alla seconda parte, influenza del processo morboso sull'andamento della gravidanza, abbiamo su sedici casi quattro volte il parto a termine, tre volte la donna esce gravida, sei volte il parto prematuro o precoce, una volta un aborto, due volte intervento ostetrico per liberare la donna per indicazioni di urgenza.

I sei parti prematuri e l'aborto su sedici casi di reumatismo articolare acuto in gravidanza, rappresentano una cifra molto elevata e fanno subito pensare ad una funesta influenza del reumatismo sull'andamento della gravidanza; ma se noi consideriamo un momento le storie cliniche suesposte, si viene a diminuire l'importanza di questo fatto senza escluderlo però completamente. Così nei casi III e IX il bambino è presso al termine (gr. 2800) ed oltre a ciò il parto avviene quando il processo morboso era già cessato e da parecchi giorni non si presentavano i fenomeni acuti della malattia; nel caso VII la donna era affetta da catarro bronchiale e sotto lo sforzo dei colpi di tosse venne in scena verso la fine della gravidanza la rottura delle membrane che fu poi causa dell'iniziarsi del travaglio; nel caso XIII l'elevazione della temperatura ci spiega il travaglio iniziatosi prematuramente. Nei casi I, II e XI la spiegazione dell'interruzione della gravidanza non ci si presenta così ovvia come nei casi precedenti: nel caso I abbiamo un complesso di fatti che riuniti possono aver spiegata una influenza funesta sull'andamento della gravidanza, è cioè l'infezione malarica, il reumatismo articolare e l'alterazione della circolazione. Nel caso II il processo articolare non presenta gravità alcuna, come pure nel caso XI, nel quale però il travaglio si è iniziato quando la temperarura saliva a 39°. In questi due casi manca una causa la quale nettamente spieghi l'interruzione della gravidanza, e mi pare non convenga perdersi in una serie di ipotesi

più o meno probabili e piuttosto ritenere questa interruzione influenzata dal processo morboso. Sarebbero quindi tre casi (II, XI, XIII) nei quali il reumatismo articolare avrebbe esercitato una influenza dannosa sull'andamento della gravidanza: in quale modo ciò può essere avvenuto? Per rispondere a questa domanda dobbiamo ricordare quale sia la natura della malattia.

Per quanto non si conosca finora in modo certo l'agente del reumatismo articolare, si può senza alcun dubbio però asserire che questa malattia appartiene al gruppo delle infettive. Il decorso suo febbrile con manifestazioni generali, le frequenti complicazioni delle membrane sierose e dell'endocardio, le nefriti secondarie parlano in modo chiaro per la natura infettiva della poliartrite. Ma quello che risulta probabile, sia per le osservazioni cliniche come dalle diverse ricerche in proposito, si è che non tutti i casi che clinicamente si raggruppano sotto il nome di reumatismo articolare acuto ripetono la stessa causa eziologica; così noi vediamo in alcuni casi rimanere senza effetto il salicilato di soda che può considerarsi quale un medicamento specifico, come pure vediamo il quadro clinico della poliartrite reumatica presentarsi in altri processi infettivi, quali la gonorrea e la scarlattina. Accettata però la natura infettiva del processo morboso, noi vediamo subito che esso può agire sull'andamento della gravidanza a somiglianza delle altre malattie della stessa famiglia, cioè per la temperatura elevata che come si sa può indurre l'interruzione della gravidanza sia eccitando la contrazione uterina, sia uccidendo il prodotto del concepimento, sia per l'aumentata pressione endovasale producendo lesioni in rapporto alle connessioni utero placentari, sia per queste varie cause associate; ovvero per l'azione sul muscolo uterino delle tossine elaborate dai germi infettivi; ovvero per l'endometrite della caduca che alcune volte è causata dai processi infettivi. Questa ultima ipotesi in alcuni casi può soddisfare meglio per la spiegazione di alcuni fatti clinici; così nei casi II e XI mancando l'elevazione della temperatura, non trattandosi di forme morbose gravi in cui le tossine elaborate potessero influire sulla eccitabilità del muscolo uterino, pur tenendo il dovuto calcolo della diversa eccitabilità dell'utero e del diverso modo individuale di reagire agli stessi stimoli, a me pare torni più ovvia l'ipotesi dell'alterazione della caduca, e questa localizzazione pur trattandosi di forme lievi mi vien suggerita dall'altro

fatto clinico proprio del reumatismo articolare acuto, e cioè che anche in forme leggere si possono avere delle complicazioni endocardiche. Per quanto questa da me ora espressa non sia che una pura ipotesi, pure ho creduto bene di metterla innanzi perchè verificandosi l'opportunità di nuove osservazioni possa venire diretta l'attenzione anche a questo punto non per anco preso in esame.

* * *

Fra le cause di interruzione della gravidanza io ho lasciato in disparte l'uso terapeutico del salicilato di soda, e ciò di proposito deliberato perchè la questione che si dibatte in rapporto all'influenza di questo medicamento sulla gravidanza, resta collegata strettamente col metodo curativo di queste forme morbose, e perciò ho preferito discutere questa importante questione da sè.

Si legge nei trattati che l'esistenza della gravidanza nel reumatismo articolare acuto è una contro indicazione all'impiego del salicilato di soda, sia per la sua azione irritante sui reni, sia perchè deve avere una certa influenza sulla contrattilità uterina, attribuendosi da questi autori all'uso del salicilato di soda l'interruzione di alcune gravidanze. Ora conviene esaminare un po' accuratamente il pro ed il contro per vedere se convenga o no usufruire di questo prezioso mezzo curativo nel decorso del reumatismo articolare acuto.

Una prima riserva circa l'uso di questo medicamento noi lo possiam trovare nell'influenza che esso può esercitare sull'organismo fetale: così lo Schatz al 49.° Congresso dei naturalisti e medici tenutosi in Amburgo nel 1876, disse che due volte gli morirono i bambini nell'interno dell'utero senza altra causa dimostrabile che la somministrazione del salicilato di soda.

Vero è che questo medicamento come l'acido salicilico è fra quelli che facilmente passano dalla madre al feto, e se Fehling (1) e Benicke (2) non poterono riscontrarlo nel liquido amniotico e quindi nelle urine del

---

(1) *Archiv f. Gyn*, Bd. X, pag. 391.

(2) *Zeitschrift f. Geburtshülfe und Frauenkrankheiten*, Bd. I, p. 477.

feto, noi vediamo come lo Schatz trovi la ragione di ciò nel fatto che le piccole quantità di salicilato di soda non sono dimostrabili; inoltre secondo Runge (1) una causa di errore si trova anche nel metodo di ricerca usato, così che usufruendo di reagenti più sensibili egli potè in cinque casi su otto dimostrare la presenza dell'acido salicilico nel liquido amniotico; le piccole quantità e la mancanza a volte del medicamento nel liquido amniotico si spiegano appunto col fatto che esso non passa direttamente dalla madre al liquido amniotico, ma vi giunge indirettamente per la via del feto. Positivi poi sono i risultati delle ricerche del Porak (2) secondo il quale 40 centigrammi di acido salicilico e di salicilato di soda passano attraverso alla placenta, e ciò si effettua in 20 minuti; al di là dei 30 minuti e per dosi maggiori questo passaggio avviene sempre.

Un' osservazione vien fatta da questo autore: in due casi il salicilato di soda era stato dato nella dose di un gramma un mese prima del parto, ed in tutti i due casi trovò del meconio nel liquido amniotico, per cui l'A. conclude che non crede essere questo medicamento esente da gravità.

Tali sofferenze fetali forse sono una semplice coincidenza fortuita, perchè non vennero tanto facilmente rilevate dagli altri autori e mancarono completamente nei casi da me riportati; per cui mi pare si possa ritenere con una certa sicurezza che solo avvengano quando l' uso del salicilato di soda, protratto per lungo tempo e a dosi alte, produce una intossicazione tanto della madre che del feto, il quale, presentando minore resistenza, più facilmente ne risentirà di questo stato di cose.

Nei nostri casi anche usando dosi elevate e protraendo la cura non si ebbe mai segno di sofferenza da parte dei feti, e quindi questa prima obbiezione mi pare si debba accogliere con riserva.

Maggiore importanza ha certamente acquistato l'opinione di coloro che ritengono l'uso del salicilato di soda non senza effetto sull'utero, e ciò sia per fatti clinici che per ricerche sperimentali in proposito. Uno dei primi lavori nel quale è trattato in modo speciale la questione è

---

(1) « Der Uebergang der Salicylsäure und der Jodkalium in der Fruchtwasser. » *Cent. f. Gyn.*, 1877, N. 5, p. 75.

(2) *Journal de therapeutique*, 1877.

quello di Balette (1). Questi dapprima nella terza parte della sua tesi esamina l'azione del salicilato quale emmenagogo, azione che sarebbe dovuta al fatto che rendendo questo medicamento il sangue più fluido, e inducendo una spiccata congestione uterina, all'epoca mestruale viene facilmente prodotta una specie di emorragia spesso abbondante: nella quarta parte della tesi fa ricerche sugli effetti abortivi attribuiti al salicilato di soda, e riporta una serie di casi clinici editi ed inediti, nei quali si ebbe un'interruzione abortiva della gravidanza, e una seconda serie nella quale lo stesso trattamento non diede alcun effetto abortivo. Spiega la prima azione colla congestione uterina, specialmente quando è somministrato a dosi elevate o a dosi terapeutiche in donne di speciale disposizione o di costituzione sanguigna. Infine esperienze fatte su cavie gravide con dosi non tossiche e ripetute di salicilato di soda non produssero l'aborto. Quindi l'autore viene alla conclusione ultima, che il salicilato di soda a dosi terapeutiche moderate non è abortivo.

Più tardi Schuchardt (2) ammette che una delle azioni principali del salicilato di soda sull'utero è quella di indurre delle emorragie, e la spiegazione di ciò sarebbe data dal fatto che il sangue diventa più scorrevole e quindi più facilmente trapela attraverso i vasi. Dopo una lunga somministrazione del medicamento avrebbe osservato venire in scena l'aborto, mentre per lo contrario in altri numerosi casi in cui venne a lungo e intensivamente dato il salicilato di soda, la gravidanza continuò regolarmente. Nei primi casi sarebbe dovuto, secondo l'autore, l'aborto alla morte del feto per l'alta temperatura materna.

Il Wacker (3) comunica 14 casi di donne in cui venne somministrato il salicilato di soda a scopi diversi, di queste tre erano gravide al 2.°, 4.° e 7.° mese, e di esse le prime due abortirono; quando venne dato in puerperio vide rinnovarsi la perdita sanguigna, e in un caso si ebbe emorragia grave, mortale; in donne mestruanti vide la perdita aumentare di quantità e durare più a lungo. Nei due casi di aborto surriferiti la

---

(1) Balette. « De l'action du salicylate de soude sur l'utérus. » Thèse, Paris, 1883.

(2) Schuchardt. « Ueber die Einwirkung der Salicylsäure und deren Salze auf die Gebärmutter. » *Korrispondenzblatt des ärztl Vereins von Thüringen*, 1886, N. 7. (*Cent. f. Gyn.*, N. 12, pag. 193, 1887).

(3) J. Wacker. « Ueber die Wirkung der Salicylpräparate auf den weiblichen Uterus. » *In. Diss. Wurzburg.* (München), 1888.

temperatura materna non superò i 39. 3 e quindi l'A. crede che la causa dell'interruzione della gravidanza si debba ricercare nella congestione dell'utero e della sua mucosa, e conseguente emorragia.

Linhart (1) potè per la durata di due anni avere in osservazione una signora affetta da reumatismo articolare cronico: durante i periodi mestruali se prendeva del salicilato di soda aveva delle profuse perdite sanguigne che combatteva colla segale cornuta, perciò l'A. crede che questo medicamento eserciti una azione paralizzante sui vasi uterini, azione antagonista a quella esercitata dalla segale cornuta.

Infine Binz (2) studiando lo stesso argomento, prendendo in esame rapido i lavori già da altri autori pubblicati, per esperienze istituite nel suo laboratorio sui conigli, per osservazioni cliniche comunicategli da medici, viene alla conclusione che si deve usare con molta precauzione del salicilato di soda contro il reumatismo articolare in gravidanza, poichè questo medicamento inducendo delle perdite sanguigne negli uteri non gravidi, è molto probabile che la stessa influenza eserciti durante la gravidanza con pericolo di interruzione sia con parto abortivo che con parto prematuro.

Dalla letteratura ricordata è certo che un concetto chiaro sulla esistenza dei pericoli nell'uso del salicilato di soda durante la gravidanza non è possibile poterlo ritrarre: sono riferiti troppi fatti clinici contraddicentisi, ovvero si tratta di casi isolati dai quali è pericoloso ritrarre delle conclusioni generali.

Dall'esame dei casi da me riportati, vediamo come in nessuno di essi si ebbe emorragia di qualche importanza sia durante il parto che in puerperio. Si ebbero 6 parti prematuri e uno abortivo: per l'abortivo degendo dapprima l'ammalata in altra sala ospitaliera non è indicato se venne sottoposta alla cura del salicilato di soda, ad ogni modo questo caso possiamo considerarlo come dubbio senza metterlo completamente a carico del medicamento che probabilmente sarà stato somministrato.

Nei sei parti prematuri abbiamo: nel III l'insorgenza delle contrazioni dodici giorni dopo che non si somministrava più del salicilato di

---

(1) LINHART. « Die Wirkung der Salicylsäure auf den Uterus. » *Wiener medic. Presse*, 1889, N. 49.

(2) BINZ. « Ueber Wirkung der Salicylsäure auf die Gebärmutter. » *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1893, N. 41.

soda, nel VII si ha la rottura delle membrane per colpi di tosse nello stesso giorno che si somministra del salolo, nel IX il parto si inizia sedici giorni dopo che si è sospeso di dare il medicamento, nell'XI il travaglio incomincia quando l'ammalata non ha ancora ricevuto il medicamento o al più 0,50 gr.

Tutti questi casi di interruzione della gravidanza in modo certo non possono essere messi a carico al metodo curativo: gli altri due casi potrebbero essere annoverati a questa categoria, cioè il caso II nel quale però vennero date delle dosi più che modiche, essendosi incominciato con 2 gr. al giorno per salire gradatamente ai 4 gr., non avendosi nessun accenno ad emorragia nè in travaglio nè dopo il parto. L'altro caso è il XIII nel quale il parto prematuro avvenne dopo otto giorni di somministrazione quotidiana di 5 gr. di salicilato di soda; devesi però notare che la temperatura era salita oltre i 40°, il che ci indica che il processo morboso era in piena attività; come possiamo noi escludere che l'alta temperatura o l'azione di tossine elaborate o entrambe le cause sommate non possano aver eccitata la contrazione uterina?

Per lo contrario in altri casi con eguale trattamento non si ebbero inconvenienti di sorta, e anche quando si usarono dosi elevate con ammalate apiretiche o con temperature non molto elevate l'effetto non fu dannoso per l'andamento della gravidanza, così nel caso XVI nel quale se ne somministrarono 69 gr. in dodici giorni, con 48 gr. dati in soli sei giorni consecutivi.

In tutti i casi poi indistintamente l'esame delle urine venne fatto prima della somministrazione del medicamento, e metodicamente dopo e con grande frequenza, specialmente nel periodo acuto della malattia quando venivano date le alte dosi: essa mostrò sempre che le urine si mantennero prive di albumina.

Questo fatto mi pare di alta importanza, non perchè io voglia escludere l'azione irritante sui reni del salicilato di soda già messo in campo dai vari autori, ma perchè i casi clinici suesposti dimostrano che, quando i reni non presentano lesioni, possono tollerare per un certo tempo senza produrre inconvenienti la presenza del salicilato di soda, che trova così la sua indicazione nella cura del reumatismo articolare acuto in gravidanza, quando si abbia l'avvertenza di sorvegliare attentamente la funzione renale.

Per rispetto poi all' epoca della gravidanza, dai casi diversi riportati dagli autori si può trarre la conseguenza che, se vi ha un certo pericolo per la interruzione della gravidanza somministrando il salicilato di soda, questo si ha solo nei primi mesi, mentre per la gravidanza avvanzata è difficile trovare dei casi di interruzione che possano ripetere la loro origine dalla cura al salicilato di soda.

* * *

Un' ultima considerazione dal punto di vista curativo mi rimane a fare. Abbiamo veduto come il Noorden ammetta pel reumatismo articolare acuto in gravidanza una maggior sua durata, e la tendenza alla limitazione dei movimenti nell' articolazione maggiormente colpita. Egli in base a ciò nel trattamento curativo fece larga parte alle rivulsioni locali e alla immobilizzazione dell' articolazione affetta. Qualche cosa di consimile, oltre alla somministrazione del salicilato di soda, venne fatto nei casi da me riferiti, e d'altra parte, quando vi fu tendenza nel processo morboso ad assumere un andamento cronico, si potè notare uno spiccato miglioramento e qualche volta la guarigione rapida dopo avvenuto lo sgravio. Fatti analoghi si riscontrano nelle storie cliniche raccolte nella letteratura, e ciò mi pare che razionalmente possa far pensare all' opportunità dell'intervento ostetrico col parto prematuro nei casi tendenti alla cronicità e a lenta guarigione. Con ciò non voglio certo contraddire il Barnes, il quale accenna, non accogliendolo, a questo temperamento là dove dice che la questione del parto prematuro si mette avanti ma resta dubbia l' opportunità della sua provocazione; egli con queste sue parole si riferisce alla cura nei momenti dell' agme della forma acuta, e allora non sarebbe certo da consigliarsi. Ma quando passati i fenomeni acuti febbrili, l' affezione si è localizzata in una articolazione, e le cure solitamente istituite presentano scarso giovamento, se la gravidanza è avanzata in modo che il feto ci presenti serie garanzie di vita extrauterina, mi pare che l'interruzione della gravidanza possa essere attuata in base ai risultati delle osservazioni cliniche.

Questa proposta non è del tutto nuova; essa venne discussa specialmente dagli autori che trattarono dell'artrite genitale. Così il Lorain la praticò due volte, una con guarigione della paziente e l' altra con

esito di anchilosi: questo autore rimane in dubbio, dopo ciò, sull'opportunità dell'intervento. Il Mercier oltre ad altri casi di miglioramento e guarigione riferisce sei osservazioni nelle quali il parto diede da sè solo la scomparsa delle manifestazioni articolari, ma ad onta di ciò, in base all'insuccesso del Lorain, crede prudente il doversi astenere da un intervento attivo, e la ragione starebbe per lui nel fatto che il traumatismo portato all'organismo col parto prematuro è molto più grave che non nel parto a termine. Ammette però questo autore che la questione merita di essere studiata, e doversi attendere maggior scorta di fatti per potersi pronunciare in un senso o nell'altro.

Migliorata la tecnica della provocazione del parto, e ridotto a quantità trascurabile il traumatismo cui accenna il Mercier, mi pare che convenga prendere di nuovo in esame la questione per la quale, e in favore dell'intervento ostetrico, si hanno altre osservazioni fra cui due occorse alla clinica ostetrica di Lilla (1), il cui direttore prof. Gaulard pratica e raccomanda il parto prematuro artificiale nelle artriti della gravidanza: in entrambi i casi i risultati dell'intervento ostetrico furono soddisfacenti, pel notevole vantaggio della madre senza nocumento per la vita del feto.

---

(1) Tracon et Buè. « De l'accouchement prématuré dans les arthrites de la grossesse. » *Archives de Tocologie*, 1892, pag. 6.

Parere medico-legale sulla condotta di un medico e di una levatrice

accusati d'aver procurato la morte della madre e del figlio in un parto in presentazione di spalla

PEI DOTTORI

FELICE LA TORRE

Professore pareggiato di Ostetricia nella R. Università di Roma, ecc. ecc.

ED

ALFREDO GAROFALO

Medico degli Ospedali di Roma.

Invitati dal signor Giudice Istruttore presso il Tribunale penale di Roma, ci siamo riuniti e dopo aver preso visione dell'incartamento relativo al procedimento penale contro il signor dott. R. e la levatrice G. di T., dopo aver letto ed esaminato attentamente tutti i documenti annessivi, abbiamo preso atto del quesito propostoci, se cioè l'operato della levatrice G. e del medico dott. R. sia stato tale che *per imprudenza, negligenza ovvero per imperizia nella propria professione o per inosservanza di regolamenti, ordini o discipline, abbia cagionato la morte del feto di cui era gestante la donna Maria F., e più tardi il decesso della F. medesima.*

Innanzi tutto, ecco come il fatto di cui si tratta, risulta dai diversi processi verbali di deposizioni testimoniali, di medici e di profani, e dai processi verbali di perizie medico-legali, messi l'uno a fronte dell'altro, dopo attenta analisi critica.

I.

Storia del fatto. — Il giorno 30 Ottobre 1894, in T., la levatrice patentata S. fu chiamata a prestare le sue cure alla gestante Maria F., che essa aveva visitata altre volte e fatta salassare. Essa dichiara (sua deposizione 4 Gennaio 1895) di non aver trovato alcun principio di parto, il feto era vivo, si sentivano i battiti cardiaci. Più tardi, nello stesso

giorno, essendosi *sviluppata* una emorragia, essa consigliò la famiglia di chiamare un medico. Venne il dott. C. il quale (deposizione C., 9 Gennaio 1895) cercò di esplorare le parti genitali della donna, ma la grande quantità di sangue non lo permise; vedendo l'utero inerte alle contrazioni, dal quale fatto suppose che fosse sostenuta l'emorragia, credette opportuno ricorrere alla somministrazione della segale cornuta (un grammo in 4 cartine), per ottenere la cessazione dell'emorragia ed il risveglio delle contrazioni uterine.

Ritornato dopo un'ora e mezza, vide con compiacimento che la emorragia era cessata dopo 2 sole cartine, e che la donna era più sollevata; se ne andò sperando che, prendendo forza le contrazioni dell'utero, lo *sgravo* sarebbe avvenuto senza difficoltà di sorta.

La levatrice S. visitò ancora la F. nel 31 Ottobre, 1 e 2 Novembre, e non si accorse mai di alcun principio di parto. Il giorno 3 il medesimo dott. C. fu chiamato nuovamente a visitare la F. Andò meravigliato e preoccupato; trovò la donna che passeggiava per la stanza, l'obbligò a mettersi a letto, e con *tutta scrupolosità ed attenzione* fece la sua osservazione. Si convinse della posizione anormale del feto sì pel riscontro per il quale potette avvertire una presentazione di spalla, sì per l'osservazione esterna dell'addome, per la posizione che teneva il corpicciuolo nell'utero. *Vide in quel momento la necessità dell'operazione del rivolgimento fetale,* ma tre *ostacoli* impedivano il procedimento, cioè pienezza estrema della vescica, stitichezza rettale, forma tetanica dell'utero. Essendo obbligato ad allontanarsi da T. non potette fare a meno peraltro in quel momento e pel tempo che gli restava, di usare quei mezzi preliminari onde levare gli ostacoli all'esecuzione dell'operazione. Ed infatti vuotò la vescica, fece vuotare il retto, ed ordinò un semicupio. Andò via consigliando di chiamare un altro ostetrico (verbale di perizia dei dottori G., R., M. e C., 7 Novembre 1894).

Invece di attenersi al consiglio del dott. C., un certo B., amico di casa della F., scrisse alla levatrice patentata G. per invitarla ad accorrere a visitare l'ammalata. La G. non potendo in quel momento allontanarsi da altra partoriente, mandò una vecchia empirica settantenne a vedere di che cosa si trattasse. La vecchia incontrò il B. che correva a sollecitare la G., seppe il caso e riferì alla G. che si trattava di donna povera, dove era già stata l'altra levatrice S., dove il dott. C. non aveva potuto far niente, e dove v'era *tutto da perdere e nulla da guadagnare.*

La G. andò malgrado tutto, dice, per un sentimento di pietà (interrogatorio dell'imputata, 10 Dicembre 1894). Giunta al letto della partoriente la trovò disposta a ricevere il SS. Viatico; si accinse al riscontro e trovò la vagina ostruita da una massa carnosa, mentre la donna diceva di avvertire forti premiti, cosa che anche essa aveva notato. Allora

la levatrice G., dice di essere andata a casa sua, con una vettura, per prendere tutto l'occorrente, senza specificare che cosa prendesse; tornò presso la donna la quale era stanca e debilitata pel lungo travaglio, e pare abbia assicurato gli astanti che in due ore col suo aiuto la poveretta avrebbe sgravato. Dopo eseguite disinfezioni, mise la donna in posizione ginecologica, e praticò il riscontro vaginale interno, intromettendo due dita in vagina e portandole fino all'orifizio uterino, onde assicurarsi della presentazione e posizione del feto; gran parte delle persone presenti, però, depongono di averle visto introdurre *nell'utero* tutta la mano (la povera F. depose che aveva introdotte le mani! Deposizione 6 Novembre 1894 — i testimoni De G., C., ecc. dicono *una mano*, deposizione 6 Novembre 1894 e successivi confronti). Questa manovra dovette durare ben poco tempo, perchè altra testimone depone non averla veduta, essendosi in quel momento vôlta per poco da un'altra parte (deposizione 9 Novembre 1894). Fatto questo riscontro, la G. trovò le membrane rotte ed un braccino deflesso in vagina, la testa a destra della donna, il dorso in avanti, il cavo ascellare rivolto a sinistra. Per una contrazione uterina provocata dal riscontro il braccino uscì fuori dalla vulva, e ciò le servì a confermare la diagnosi di seconda posizione della spalla sinistra. Il braccino era bianco, sopra un punto escoriato e privo totalmente di pulsazioni radiali; donde essa argomentò che il feto fosse morto durante il travaglio del parto, ed anche per le emorragie alle quali la donna era stata in preda. Fu allora che invitò i parenti a chiamare un medico di urgenza, e siccome questo tardava a venire, essa stessa andò a prendere il dott. R., a cui disse doversi fare un rivolgigimento, e tornarono insieme presso la gestante. Il dott. R. trovò che dalla vulva usciva un braccio escoriato e cianotico, disse alla famiglia che per le condizioni della partoriente era difficile il rivolgimento del feto, ma che bisognava tentarlo, e così fece, cloroformizzando prima la donna; però non vi riuscì. Credette perciò di prendere altri provvedimenti terapeutici antispasmodici (morfina per via ipodermica, clisteri laudanizzati, cataplasmi di seme di lino sul ventre) per calmare lo stato tetanico dell'utero, e le condizioni di abbattimento generale; e per queste condizioni credette opportuno di aspettare il mattino seguente per operare la *puerpera* di embriotomia. Intanto prima di partire raccomandò alla levatrice G. di passare la notte presso la partoriente al fine di sorvegliare l'andamento del parto, e chiamarlo qualora insorgesse qualche bisogno. Ma la levatrice credette bene di andarsene lasciando la F. sola per tutta la notte, col braccino fuori della vulva.

La dimane, 4 Novembre, il dott. R. ritornò una prima volta solo in casa della F., ove venne a conoscenza, per parte della famiglia, dell'operato del giorno innanzi della G., e fece invitare i dottori G. e M. per

vedere insieme la povera donna; ad essi si aggiunse anche il dott. C. che, passando per la strada e sentendo che vi erano altri chirurghi in casa della F., salì (Verbale di perizia citato, e interrogatorio R. 10 Dicembre 1894). Questo avveniva verso le ore 10 ant. del 4 Novembre, e pare che i suddetti quattro dottori avessero intenzione di praticare il rivolgimento, ma lo stato grave della paziente li consigliò a soprassedere.

Difatti la F. era in queste condizioni: temperatura 38°, polso 115, utero estremamente contratto-tetanizzato, dalla vulva pendeva un braccio fetale cianotico (a chiazze) ed escoriato fino al polso, e colava un liquido sanioso, puzzolente. Arrivata la levatrice G. in casa F., mentre i medici erano a consulto, il dott. G. la rimproverò acerbamente, accusandola di aver tentato un' operazione che non poteva fare, e di avere imprudentemente estratto il braccio, su cui avendo fatto trazioni era riuscita a far discendere ed incuneare la spalla nello scavo; era colpevole quindi di aver cagionato la morte del feto, e messa la madre a mal partito.

La levatrice G. così acerbamente rimproverata dovette scappare da quella casa, e ricorrere alla protezione di altro sanitario per difendersi dalla grave accusa.

Due ore più tardi i quattro suddetti dottori sono ritornati presso la F., ed il dott. G. operò e liberò la donna, per mezzo dell' *embriotomia* (Verbale di perizia 7 Novembre 1894).

Il feto estratto, secondo il dott. G. era tutto coperto di pelle sana, escludendo con ciò un processo di putrefazione avvenuta, da cui far dipendere l'escoriazione del braccio, mentre secondo il dott. C. il feto dava un fetore enorme, il che dimostrava che il feto fosse morto da oltre 10 ore (deposizione G. 18 Dicembre 1894, e C. 9 Gennaio 1895).

Il giorno stesso 4 Novembre i dottori G., R., M. e C. denunziarono al Giudice Istruttore presso il Tribunale di T., la levatrice G., la quale avrebbe manovrato nell' utero credendo di fare il rivolgimento, ma, al contrario, avrebbe cacciato fuori un braccio e fatte su questo forzate trazioni tanto da produrre su di esso vaste escoriazioni. Tali manovre furono abusive, e stimarono che ad esse si dovesse la morte del feto, il tetano dell'utero, e lo stato generale della puerpera ancora in pericolo di vita (rapporto 4 Novembre 1894). Questo concetto che informò la condotta dei medici succennati a denunziare la G., si trova più ampiamente trattato nella perizia degli stessi in data 7 Novembre, dalla quale risulta:

1.° che i suddetti dottori giudicano che la morte del feto sia l'immediato effetto delle manovre eseguite dalla G., delle trazioni violente fatte sul braccio e del maggior incuneamento della spalla corrispondente nel distretto inferiore;

2.° che in quanto allo stato attuale della puerpera ed alla infezione di cui si trova affetta non possono accertare con sicuro convincimento che essa sia da attribuirsi alle manovre usate dalla G., verificandosi anche dei casi nei quali l'infezione si manifesta per la lunga durata del parto; è possibile quindi, secondo essi, che l'infezione nel caso presente sia avvenuta: 1.° per il lungo travaglio; 2.° per le stesse manovre della G.; 3.° pel riscontro dell'altra levatrice e di altre persone; 4.° per l'escoriazione del braccio e la morte del feto.

La Maria F., dopo più di 15 giorni di malattia, senza che risulti dagli atti quale sia stato il decorso ulteriore dell'infezione e la cura istituita, morì. La Giustizia ne ordinò l'autopsia, dandone incarico ai periti dottori B. e V., i quali la praticarono il giorno 23 Novembre.

Riassumendo il processo verbale dell'autopsia, si può dire che i periti riscontrarono le note anatomo-patologiche di una endometrite e metrite parenchimatosa puerperale, con metastasi piogenica nella cavità orbitaria destra e nel globo oculare corrispondente; nessun'altra lesione capace di cagionare la morte che i periti ritennero dovuta a setticemia puerperale dopo un'abbondante perdita di sangue, probabilmente dalla mucosa uterina.

È da notarsi che nessuna traccia di violenze esisteva sulla vagina e sull'orifizio uterino, e che l'utero ancora voluminoso si presentava irregolarmente sviluppato con *due grosse tuberosità laterali, ed una forte insellatura nel mezzo del fondo.*

A speciali D. i periti risposero:

« 1.° ammettiamo che le manovre improprie praticate dalla levatrice « hanno peggiorato le condizioni della partoriente ed agevolato l'esito « letale; ma non possiamo affermare che siano state l'unica causa che « abbia favorito l'infezione;

« 2.° mentre è lecito dubitare che non intervenendo le manovre « della levatrice il feto sarebbe certamente vissuto, non possiamo d'altra « parte non riconoscere che le manovre suddette concorsero ad affievolire « le sorgenti di vita del feto, e favorirne la morte. »

Il Magistrato allargando le sue vedute e volendo sapere nell'interesse della Giustizia se oltre la levatrice supposta colpevole, vi fosse stato qualche altro responsabile, interrogò gli stessi periti dottori B. e V. sul contegno del dott. Giuseppe R., ed i periti risposero: la condotta del R. fu correttissima in quanto che dopo aver adoperato tutti i mezzi onde ovviare alla tetanizzazione dell'utero, senza ottenere lo scopo, avrebbe commesso la massima delle imprudenze se, stando così le cose, si fosse arbitrato di tentare l'estrazione del feto, e ciò tanto più che il dott. R. si era accertato che il feto era morto. Ciò posto egli fece benissimo a sospendere ogni operazione sul momento, sperando nell'azione dei rimedi usati e nel tempo.

II.

Questi i fatti. Dovendo intervenire a questo punto con un giudizio nostro sul fatto e sulle responsabilità penali incontrate per esso da un medico e da una levatrice, noi dobbiamo innanzi tutto rilevare che le testimonianze e le perizie in atti sono ben lungi dall' essere complete ed esaurienti. Ci sia permesso deplorare che quattro medici, i quali si fanno denunziatori alla Giustizia di un fatto criminoso o colposo commesso su donna da essi curata ed operata, non diano nemmeno lontanamente, vera o falsa che sia l'accusa, tutti gli elementi che la medicina forense richiede perchè possa venirne un giudizio coscienzioso e sicuro. Facciamo un'eccezione per il processo verbale dell'autopsia che è lavoro esatto e completo, ma anche in questo non troviamo correlazione logica, basata su fatti scientificamente provati, tra i dati premessi e rinvenuti nell' esame anatomo-patologico e le illazioni che ne derivano. Per il resto le perizie e le deposizioni dei medici che furono *pars magna* nella cura disgraziata di Maria F. sono incompletissime, redatte con grande povertà di linguaggio scientifico, che rispecchia perfettamente eguale miseria di cognizioni.

È deplorevole che nessuno dei medici curanti ed operanti, accusatori della levatrice G., abbia creduto dover illuminare la giustizia con dati non superflui, ma indispensabili, elementari, per la perfetta conoscenza della causa.

Così, nessuno ha redatto un' esatta e circonstanziata storia clinica del caso, in guisa che noi non sappiamo nulla sull'età della gravidanza, sulla prima diagnosi di presentazione e posizione fetale fatta fino dalla prima visita del dott. C. e dalla levatrice S.; nessun dato preciso ci è dato sul quando incominciò il travaglio del parto, sullo stato dell'utero e delle membrane al momento dell'emorragia; l'unico dato che sappiamo sull'emorragia è questo, molto strano in verità, che un medico si è creduto impedito da essa di praticare una qualsiasi esplorazione vaginale, e si è limitato a prescrivere delle cartine di segala cornuta, mentre si avrebbe dovuto pur stabilire quale fosse la causa di quest' emorragia, specialmente se fosse una viziata inserzione della placenta, od altro. Sono contradditorie le notizie che abbiamo sulle condizioni di vita del

feto; nessuno accenna alla diagnosi fatta dal dott. R. nel momento in cui si accinse ad operare da solo; poco e confusamente si sa sulla natura dell'operazione eseguita il giorno 4; prima si parla di embriotomia, cioè sezione del feto, poi il dott. C. depone che il feto fu estratto mediante uncinazione, ed evoluzione spontanea.

Sul feto manca assolutamente qualunque notizia esatta. Nessuno dice che peso, che lunghezza avesse, se fosse risultato a termine o no.

Questo feto, che quattro medici ritengono morto assolutamente per colpa della levatrice, non venne conservato ed acquisito alla Giustizia, non fu sezionato, nessuno si occupò neppure di descriverne i caratteri esterni, salvo le osservazioni del sig. dott. G. sulle chiazze cianotiche di un braccino, che sono ben povera cosa e non hanno l'autorità di reperto fatto da perito giurato. Questo feto, ripetiamo, che il sig. dott. G. dice ricoperto di pelle sana, senza traccia alcuna di processo putrefattivo, e il sig. dott. C. invece dice putrefatto ed estremamente puzzolente, e crede ciò significhi *morte avvenuta da 10 ore!*

Nessuno ci ha detto se la F. fosse multipara o Ipara; se multipara sarebbe stato utile aver raccolto notizie sui parti precedenti, per stabilire se in altre gravidanze vi fosse stata presentazione di spalla; se Ipara stabilire quali fossero le dimensioni del bacino, se normale o ristretto. Niuno infine si è preoccupato di farci conoscere quale sia stato il decorso post-puerperale di questa povera donna, quale la terapia istituita, specialmente quali le misure antisettiche sia profilattiche, sia curative, ecc.

Ciò premesso, come abbiamo ritenuto nostro stretto dovere di fare, non ostante l'incompleta cognizione dei fatti per mezzo degli atti, pure in essi vi è tanto, per chi è anche mediocremente versato nella scienza ostetrica, da poter ricostruire l'osservazione clinica e stabilire i fatti quali nel caso nostro han dovuto succedersi gli uni agli altri, in modo che il Magistrato potrà essere assolutamente illuminato per giudicare secondo giustizia.

III.

Per meglio procedere nell' esposizione dell' analisi critica dei fatti dal punto di vista clinico, crediamo opportuno di studiare:

1.° l'infezione puerperale;

2.° la morte del feto.

1.° *L' infezione puerperale.* — La causa della morte della povera Maria F. fu la setticemia puerperale; su questo punto ogni discussione è superflua.

Ma come è nata questa infezione? Ecco ciò che bisogna determinare.

In altri tempi, e per chi non fosse versato nella scienza moderna, sarebbe davvero imbarazzante rispondere ad una simile domanda, e tutte le supposizioni più o meno erronee sarebbero state ammissibili.

Oggi però siamo in grado di dare una risposta categorica, potendo stabilire con certezza scientifica e l'agente infettivo e il modo come la infezione si sia sviluppata.

Dopo i progressi della batteriologia si sa con certezza che l'agente infettivo della setticemia puerperale è un microrganismo. Per spiegare la sua presenza negli organi genitali vi sono oggi due teorie: la teoria *eteroinfettiva* e la teoria *autoinfettiva.* La prima ammette che i germi infettivi sono trasportati dal di fuori, e la seconda ammette che gli agenti infettivi si trovano negli organi genitali.

In quanto alla possibilità di *eteroinfezione,* non cade dubbio; è l'ostetrico, è la levatrice o altra persona che, esaminando una donna incinta o sgravata, senza prendere le debite precauzioni antisettiche, la infetta, portando per mezzo delle vesti, degli strumenti, delle mani, i microrganismi infettivi negli organi genitali. Per l' *autoinfezione,* dal punto di vista teorico, la cosa va spiegata così: Ahlfeld, Steffeck, Fehling ed altri han trovato nel canale genitale della donna incinta *streptococchi, stafilococchi, gonococchi di Neisser,* e Döderlein e molti altri dicono che questi microrganismi patogeni sono innocui fino a che i secreti del canale genitale si mantengono in uno stato fisiologico; ma allorquando i secreti vaginali si alterano, divenendo fetidi, allorquando una donna rimane molto tempo in travaglio e si affatica e si abbatte per lunghe sofferenze, la temperatura si eleva, ecc., ecc., i germi del canale genitale, innocui allo stato normale, acquistano allora una virulenza eccezionale ed infettano l'organismo, dando luogo allo sviluppo di una setticemia puerperale più o meno grave. Teoricamente, dunque, la possibilità dell'autoinfezione non può negarsi. Dal punto di vista clinico, l'autoinfezione è dimostrata. Difatti Tarnier di Parigi e Charles di Liegi hanno trovato che la morbidità nel puerperio diminuisce colle irrigazioni vaginali di sublimato. Ciò dimostra che negli organi genitali della donna

sgravata esistono microrganismi capaci di produrre infezioni se non si uccidano col sublimato — l'antisettico per eccellenza — o con altro mezzo. Questa possibilità d'infezione è rara, poichè rari sono i casi in cui si trovano agenti infettivi nel canale genitale della donna dopo il parto. Ott li ha trovati una sola volta su 9 e crede che questa rarità dipenda dal fatto che il passaggio del feto, della placenta, del liquido amniotico spazzi via gran parte dei microbi e quelli che rimangono non possono ascendere nell'utero perchè impediti dallo scolo dei lochi.

Nei lochi di puerpere sane vi si trovano anche micrococchi quasi somiglianti a quelli che si hanno in puerpere malate. Dippiù si sono inoculati negli animali lochi di donne sane e si produssero infezioni, meno dannose è vero, di quelle prodotte con lochi di donne malate, ma assai minacciose, da far pensare che agenti patogeni esistono nelle secrezioni vaginali di puerpere sane. Döderlein non trovò microbi nella secrezione dell'utero, mentre ne trovò moltissimi in quella della vagina, ma, aumentando la temperatura, microrganismi infettivi si trovano anche nell'utero. Czernienski ha osservato che si possono trovare streptococchi nei lochi di puerpere lievemente ammalate, e dalle ricerche di Vignal fatte nella clinica del Tarnier, risulta che nel collo dell'utero vi sono microrganismi, e che i lochi sono sterili quando si fanno irrigazioni di sublimato.

Si può quindi concludere dal punto di vista clinico e batteriologico che vi sono nella vagina e nel collo uterino germi la cui presenza può essere sorgente di infezione.

Se applichiamo queste nozioni al caso nostro, dobbiamo necessariamente ammettere, senza tema di essere contradetti, che l'infezione della F. non fu cagionata nè dal dott. R. nè dalla levatrice G., perchè al momento del loro intervento esisteva già. L'infezione ha potuto svilupparsi in conseguenza degli esami praticati dalla levatrice S. e del dott. C., fatti probabilmente senza le debite precauzioni antisettiche; ma anche senza voler tirare in causa questi due individui, esistevano nella povera F. tutti gli elementi necessari perchè si sviluppasse una autoinfezione durante il travaglio e si continuasse nel puerperio, indipendentemente dalle manovre esercitate e dagli atti operativi eseguiti. Ed invero, abbiamo una gestante povera, naturalmente poco pulita, che non ha preso certamente precauzioni antisettiche profilattiche, per cui il suo canale

genitale deve essere ricchissimo di microrganismi, ed in cui appare una abbondante emorragia in principio di travaglio. I rimasugli di sangue rimasti in vagina e nella cavità uterina, alterandosi hanno formato eccellente terreno di coltura ai microrganismi vaginali, per poter acquistare un'eccessiva virulenza; aggiungasi la consecutiva debolezza per l'emorragia abbondante e per i salassi fatti prima dalla S. ed il lungo ed estenuante travaglio, e noi abbiamo, come dicevamo, gli elementi necessarî perchè un'infezione fatalmente si sviluppi, indipendentemente da qualsiasi trasporto in vagina di germi infettivi dall'esterno.

Ma anche quando si volesse ammettere un'eteroinfezione, cioè che qualcheduno abbia infettata la F. e che questo qualcheduno non possa essere che il dott. R. e la levatrice G., si può affermare che la F. sia morta per l'infezione primitiva?

Per dire ciò bisognerebbe che fosse dimostrato che dopo il parto la F. sia stata convenientemente curata e che malgrado tutte le cure più razionali, dal punto di vista della scienza moderna, la infezione non si potè vincere. Questo però suole avvenire quando la setticemia puerperale insorge grave ed avvelena profondamente l'organismo con febbre altissima a temperatura 40°-41°, polso 130-140, delirio, fatti flogistici acutissimi per parte del peritoneo, in modo che la malata muore per setticemia puerperale acutissima in 24-36 ore. Le morti tardive avvengono per complicanze setticoemiche in altri organi vitali (meningite, pulmonite, nefrite, ecc.) di cui non v'è traccia nel reperto cadaverico della F.

Nel disgraziato caso della F., dunque, nulla di tutto questo. Difatti il giorno 4 Novembre, quando fu praticata l'operazione, pur essendo il caso ostetricamente molto grave, la temperatura era di 38°, il polso 115 (ed è d'avvertire che in casi di travaglio lungo ed estenuante il polso può essere frequentissimo e filiforme anche senza aumento di temperatura, per cui il grado dell'infezione è dato dal grado della temperatura), non c'erano fatti peritonitici. Ora l'infezione esisteva certamente ma non poteva dirsi gravissima, e liberata la donna dal feto, i quattro dottori descrivono con compiacimento la calma ed il benessere dell'ammalata; in modo che si avrebbe potuto vincere l'infezione e guarire la malata se, dopo il parto, si fosse fatta un'energica cura vaginale, addominale e generale.

Quello che si sia fatto dal punto di vista terapico durante i venti

giorni circa di vita della puerpera, non è detto da alcuno, e si è autorizzati a supporre che, date le scarsissime conoscenze ostetriche dei sanitari del luogo, la cura, se pur se ne fece, non ha potuto essere come avrebbe dovuto.

Dunque sul primo argomento dell'infezione, appoggiandoci sui dati della scienza moderna, la nostra risposta è questa: *L' infezione puerperale di cui fu vittima la F. deve piuttosto considerarsi come un' autoinfezione che un'eteroinfezione; ad ogni modo non può ammettersi che abbiano contribuito al suo sviluppo nè il dott. R. nè la levatrice G.*

2.° *La morte del feto.* — Il secondo problema che ci siamo proposti è il seguente: il dott. R. e la levatrice G. furono causa della morte del feto?

La nostra risposta sarà negativa. Lo dimostreremo, poggiandoci dapprima su due fatti principali degni d'attenzione.

Il primo è *l'emorragia* che si ebbe nella F. Per quale ragione si verificò un'emorragia negli ultimi giorni della gravidanza o sul principio del parto? È deplorevole che manchi negli atti una qualunque descrizione del modo come sia comparsa la perdita sanguigna, se sia stata unica o no, ecc. Ora si ammette generalmente che un'emorragia che insorge così abbondante come nel caso della F. negli ultimi giorni di gravidanza o in principio di travaglio, non essendosi accertate altre cause, non possa avvenire che per inserzione viziosa della placenta, cioè la placenta è impiantata nel segmento inferiore dell'utero in vicinanza dell'orificio interno.

Dal modo come è insorta l'emorragia già si devono ammettere due circostanze:

a) che la placenta non doveva durante la gravidanza arrivare col suo margine all'orifizio interno dell'utero, perchè se così fosse stato si avrebbe dovuto avere emorragie a cominciare per lo meno dagli ultimi due mesi;

b) che al momento in cui l'emorragia si dichiarò, il travaglio doveva essere avanzato, cioè la donna doveva trovarsi nel periodo dilatante. Nè a confutare quest' osservazione, basata sopra l'esperienza clinica vale l'asserzione della levatrice S., per la quale non vi sarebbe stato *principio di parto* nella visita del 30 Ottobre, inizio di travaglio

da essa non ammesso nemmeno nei giorni 31 Ottobre, 1 e 2 Novembre, quando quasi contemporaneamente il dott. C. trovava l'indicazione della versione, che avrebbe praticato se non avesse dovuto assentarsi da T.; e per dire che vi fosse indicazione per la versione occorreva che la dilatazione dell'orifizio uterino fosse completa, che misurasse cioè un diametro di 10 centimetri per lasciar passare il feto; non si può ammettere che la dilatazione non fosse più o meno completa e che l'operazione che il dott. C. avrebbe voluto fare consistesse nella ricerca di un piede per abbassarlo ed impegnarlo nell'orifizio uterino, allo scopo profilattico e curativo della emorragia per inserzione viziosa della placenta, perchè il dott. C. non aveva ricercato la causa dell'emorragia e non sapeva da che cosa dipendesse. Dunque possiamo dire che nel caso della F. la emorragia era dovuta con tutta probabilità *ad una viziosa inserzione della placenta.* L'inserzione della placenta in basso altera la forma dell'utero, per cui la sua cavità invece di presentare il diametro verticale maggiore del trasversale, ha questo più grande di quello, ed il feto per conseguenza invece di collocarsi nella cavità uterina verticalmente colla testa in basso (situazione normale) è forzato a mettersi in senso trasversale od obliquo, o con la pelvi in basso. Difatti una delle cause più frequenti della presentazione di spalla è precisamente l'inserzione viziosa della placenta.

Il secondo fatto è l'*anormale conformazione anatomica dell'utero.*

Risulta dal processo verbale dell'autopsia che sul fondo dell'utero si trovavano due grosse tuberosità laterali ed una forte insellatura nel mezzo. Questa anormale conformazione anatomica dell'organo indica che si tratta di un utero bicorne o insellato o lievemente bifido; ciò che clinicamente significa che l'utero nel suo massimo ingrandimento durante la gravidanza presenta il diametro verticale corto e che, perchè l'uovo possa completamente svilupparsi, è necessario che l'utero raggiunga dimensioni maggiori negli altri diametri e principalmente nel trasversale.

Questo solo fatto, ed a più forte ragione in associazione coll'inserzione viziosa della placenta, ci autorizza ad ammettere con tutta certezza che il feto nella cavità uterina era situato trasversalmente per un'alterazione dell'organo, e quindi non era suscettibile la situazione fetale di modificarsi durante le contrazioni uterine. Dunque nel caso della F. si

trattava *di una presentazione di spalla principalmente per anormale conformazione dell'utero,* diagnosi fatta anche dal dott. C. il 3 Novembre in cui si convinse per mezzo del riscontro e dell'osservazione esterna dell'addome trattarsi di posizione trasversale. Dato questo, tutto il resto si spiega facilmente.

Abbiamo avuta emorragia a travaglio probabilmente avanzato, il dott. C. il giorno 30 Ottobre prescrive quattro cartine di segala cornuta, la quale, benchè presa a metà, ha dovuto far contrarre l'utero, ha dovuto provocare la rottura delle membrane, se pur non erano già rotte, far colare il liquido amniotico, favorendo quindi l'impegno della spalla nello scavo e la tetanizzazione dell'utero. Cinquanta centigrammi di segala cornuta bastano a produrre tutte queste conseguenze? In alcune donne sì. Che la segala cornuta abbia dovuto essere la causa della rottura delle membrane, possiamo averne la spiegazione nel fatto della cessazione dell'emorragia, la quale cessò precisamente e perchè le membrane si ruppero e perchè la spalla discesa nello scavo fece da tampone e compresse l'utero e la placenta. Sul meccanismo come la rottura delle membrane faccia cessare l'emorragia da inserzione viziosa della placenta qui non possiamo dilungarci; diremo solo che la rottura prematura delle membrane è un metodo di cura consigliato per far cessare l'emorragia dovuta all'inserzione viziosa della placenta.

Che la spalla fetale abbia dovuto fin d'allora profondamente impegnarsi nello scavo ed il feto fortemente piegarsi in senso laterale può essere dimostrato, fra l'altro, dall'enorme distensione della vescica. Perchè quest'organo non si vuotava? Perchè una parte fetale riempiva lo scavo comprimendo il collo della vescica e l'uretra, e questa parte fetale doveva essere la spalla profondamente impegnata.

Dippiù, il marito della povera F. dice che sua moglie non era a termine fisiologico di gravidanza. Questo fatto, se vero, avvalora la facilità dell'impegno della spalla fetale per la piccolezza del prodotto del concepimento.

Dunque siamo perfettamente nel vero dicendo che il 3 Novembre doveva trattarsi nel nostro caso di *donna incinta forse non a termine, con probabilissima viziosa inserzione della placenta in utero bicorne, con il feto in presentazione di spalla profondamente impegnata per inconsulta somministrazione di segala cornuta e consecutiva rottura prematura delle*

membrane, scolo di liquido amniotico e tetanizzazione dell' utero, facilitato l'impegno dall' incompleto sviluppo fetale.

In tali condizioni trovò la F. per il primo il dott. C., e ci è doveroso con dolore di dire che il C. avrebbe dovuto espletare il parto in quel momento in cui occorreva un' operazione di urgenza, più facile forse allora e superiore a qualunque altro impegno professionale o privato.

In tali condizioni, ostetricamente parlando gravi, la levatrice G. ha dovuto trovare la gestante. Lo stato generale era dei più gravi e con le note cliniche di un' infezione puerperale già in atto.

Ed in tali condizioni che cosa fecero la levatrice G. prima e il dott. R. poi?

La G., animata dai più lodevoli sentimenti professionali e di carità, accorse, malgrado le sfavorevoli informazioni avute, al letto della gestante; disse, secondo le persone presenti, *in due ore libererò la F.*, e messala di traverso col bacino sulla sponda del letto, in posizione classica ostetrica, esaminò la donna per fare la sua diagnosi. Era nel suo diritto esaminandola? Sì. La G. fece la diagnosi, intromettendo, secondo essa afferma, due dita in vagina, e secondo le astanti tutta la mano; comunque, trovò una massa carnosa, un braccio in vagina, e potè spingendo le dita o la mano fino all'orifizio uterino far diagnosi di presentazione di spalla; e nel mentre ritirava la mano, essa asserisce, una contrazione uterina, spinse il braccio fetale fuori degli organi materni. Le commari presenti dicono invece che la G., portando la mano nella *cavità uterina,* prese e portò fuori il braccio, e questa opinione è anche quella dei quattro dottori che accusano la G. di aver tentato la versione, operazione non permessa a lei, e di avere imprudentemente tirato fuori il braccio fetale.

Chi ha ragione in tanta contraddizione di opinioni?

Evidentemente, secondo noi, è più nel vero la levatrice G.

Ed infatti noi abbiamo ammesso: feto piccolo in presentazione di spalla profondamente impegnata per somministrazione di segala cornuta, rottura prematura delle membrane e tetanismo dell'utero che durava da quattro giorni per lo meno. In queste condizioni il braccio discende nella vagina, e qualche volta esce spontaneamente dalla vulva.

Stando così le cose, la G. potè penetrare colla mano nella cavità uterina? Assolutamente no, come non potè penetrarvi poco più tardi il dott. R.

Noi non sappiamo quale sia stata l'intenzione della levatrice G. nel pronunziare le parole surriferite, che avrebbe cioè liberata in due ore la F., nè crediamo di fare il processo alle sue intenzioni; ma certo è che la G., malgrado la sua millanteria femminile, non penetrò nella cavità uterina, e, quand'anche ne avesse avuto l'intenzione, non potè praticare nell'utero manovre ostetriche a lei interdette, perchè la parte impegnata ed il tetanismo dell'utero glielo impedivano.

Il braccio era dunque nella cavità vaginale, e vogliamo ammettere che non uscì in seguito alla contrazione, ma che la G. lo abbia estratto determinatamente. Poteva e doveva farlo? Sì. È principio generalmente ammesso dagli ostetrici che nei casi dubbî, ed anche per fare la diagnosi di spalla, quando il braccio non è di fuori lo si può estrarre. Non basta fare diagnosi di presentazione di spalla, ma si deve precisare se si tratta della spalla destra o sinistra, se il dorso fetale è in avanti o indietro, se la testa fetale è a destra o a sinistra. E nella condizione speciale della F. questa triplice ricerca non avrebbe potuto farsi agevolmente senza l'esame all'esterno del braccio, per cui è prescritto generalmente dagli ostetrici che quando il braccio non è fuori si deve estrarlo, ed assicurarlo ad un cordone per impedire che nel momento dell'uscita del feto rimonti, rientri nell'utero e sia d'ostacolo poi; poichè quando è assicurato ad un laccio possiamo tirarlo fuori sempre in tempo opportuno. Portando il braccio all'esterno si avranno perciò due vantaggi: 1.° possibilità di fare una diagnosi precisa; 2.° rimozione di un ostacolo al momento dell'estrazione fetale, nel caso in cui si dovesse operare la versione.

Dunque la G. sia che sia penetrata con due sole dita o con tutta la mano in vagina, non potè certamente penetrare nella cavità uterina per tentare la versione e quindi non potè estrarre per imprudenza un braccio fetale dalla cavità uterina. Il braccio fetale doveva verisimilmente trovarsi nella cavità vaginale, e, tanto che sia venuto fuori dai genitali spontaneamente, quanto che la G. l'abbia essa tirato all'esterno, per completare la diagnosi, nessun danno può esserne venuto; anzi chiunque avesse poi dovuto operare avrebbe dovuto estrarre prima il braccino.

Si dice poi dai medici accusatori che la levatrice G. tirò violentemente sul braccio, tanto da escoriarlo fino al polso; la G. nega queste

trazioni, e i testimoni presenti al parto dicono soltanto che la levatrice, introdotta la mano negli organi genitali, tirò fuori il braccio, e subito sedè dicendo: *io non ho più che fare; occorre un medico.* Noi incliniamo a credere la G. e le donne presenti, di cui nessuna dice che la levatrice tirò tanto da escoriare il braccio, e tutte convengono che il braccino appena estratto era bianco, e la G. stessa depone che il braccino estratto era bianco e sopra un punto escoriato. Non diversamente depone il dott. R. che, venuto qualche tempo dopo trovò che dalla vulva usciva un braccio escoriato e cianotico. Ma escoriato per quanta estensione, e in quali regioni dell'arto?

Il dott. R. non notò nulla che la sera stessa lo colpisse contro l'operato della levatrice, la quale ammette l'escoriazione; è questione di più e di meno, su cui niun lume ci dà il dott. R., dalla cui deposizione nemmeno risulta se quelle escoriazioni fossero *ante* o *post-mortem;* se il feto fosse stato già morto un' escoriazione sopra un braccino sarebbe stato facile a farsi. E la cianosi è fenomeno facilmente spiegabile anche a feto morto, pel fatto che dal momento in cui il braccio è venuto fuori a quello in cui l' ha visto il dott. R. è trascorso qualche tempo, e può darsi benissimo che in tale spazio di tempo sul braccino pendente e compresso si sia verificata una specie di ipostasi, come avviene nelle parti declivi dei cadaveri, ed infatti dal dott. G. è detto che la cianosi era a chiazze come avviene nelle ipostasi cadaveriche.

D' altro canto cianosi, edema, flittene, escoriazioni, possono aversi altresì senza violenze estreme, quando il braccio di un feto vivo esce spontaneamente dalla vulva e rimane alcun tempo in tale incomoda posizione. E si son viste in casi simili così profonde alterazioni sul braccio fuoriuscito da far credere che appartenesse ad un feto già morto anche ad ostetrici distinti, che ritennero il feto già putrefatto e macerato, per cui si è perfino disarticolato il braccio a feto che era ancor vivo. È celebre il caso avvenuto in Francia e raccontato dal prof. Pajot, in cui un medico vedendo pendere dalla vulva un braccio gonfio, freddo, cianotico, escoriato, ritenne che il feto fosse morto; disarticolò il braccio e praticò il rivolgimento; il feto venne fuori vivo e continuò a vivere, e ad una certa età il mutilato citò il medico per un indennizzo e il Tribunale gli dette ragione.

Dunque nessuna prova si ha che la G. abbia tirato in modo ecces-

sivo da cagionare la morte del feto, se pur era vivo; e quand'anche avesse tirato non ha potuto necessariamente produrre con ciò la morte del feto, quando operazioni più gravi come la disarticolazione di un braccio non l'hanno qualche volta prodotta.

Quale fu l'operato del dott. R.?

Il dott. R. venuto qualche ora dopo la G., trovò un braccio pendente dalla vulva cianotico ed escoriato, tentò il rivolgimento previa cloroformizzazione, non vi riuscì (nè poteva riuscirvi, nè era indicata l'operazione della versione per le ragioni in appresso) e credette di aspettare il domani, tentando migliorare con altri mezzi le condizioni locali e generali della donna.

Egli, certamente, piuttosto che rimandare l'operazione al domani avrebbe dovuto, come avrebbe dovuto fare il dott. C. nella mattinata, riunire i colleghi a consulto e liberare la donna al più presto o agevolando l'evoluzione spontanea, cosa che succede raramente in pratica, o per mezzo dell'embriotomia, sacrificando cioè il feto, al solo scopo della salvezza della madre. Ma l'avere il dott. R. soprasseduto una notte alla liberazione della F., ha potuto essere causa della morte del feto?

Innanzi tutto, il feto era vivo quando la G. e il R. intervennero? È difficile, quasi impossibile dirlo categoricamente da quanto sappiamo dagli atti. La G. dice di no; ma noi non possiamo menarle buona l'asserzione che era morto perchè il braccino estratto *era privo di pulsazioni radiali,* poichè sappiamo (come dice il prof. Parrot, citato dal Tarnier e Budin) che il polso nei *neonati* è difficile ad essere percepito sulla radiale e che per avere un'idea della circolazione è necessario ascoltare il cuore, e ciò non si fece. Ora essendo difficile percepire il polso sopra un bambino già nato, deve esserlo immensamente di più su di una radiale di feto piegato quasi in due ed impegnato nello scavo. Quindi ciò non dimostra che il feto fosse morto al momento in cui la G. estrasse il braccio ed il dott. R. praticò manovre per tentare la versione.

D'altro canto ci è forza osservare che i quattro medici la mattina del 4 trovarono il braccio cianotico (a chiazze) ed escoriato fino al polso. Questo reperto è simile a quello trovato dal R. il giorno prima, ma se si trattasse di un grado molto maggiore, ciò (a parte l'ipotesi delle ipostasi cadaveriche) potrebbe essere avvenuto per ostacolata circolazione fetale durata quasi 24 ore, così che in quest'ultimo caso il bambino

avrebbe potuto esser vivo fino anche al momento dell' operazione dei quattro medici, e l'asserzione del C. che lo descrive putrefatto e puzzolentissimo, contro la deposizione del dott. G., sarebbe il prodotto di un senso olfattivo tutto a lui speciale.

Quindi delle due cose, l'una: o il feto era già morto quando la G. estrasse il braccio; o era vivo e tale rimase dopo il suo intervento per un tempo indeterminabile. Nella prima ipotesi, la causa della morte evidentemente non è dovuta alla levatrice ed al medico non ancora intervenuti. Supponendo invece che in quel momento fosse vivo e sia morto dopo nella notte del 3 al 4 Novembre, che cosa dimostra che questa morte sia dovuta all'operato della G. e del R., con tanta contraddizione e povertà di reperto sul suo stato al momento dell'estrazione fra i diversi dottori testimonianti? E supponendo pure che il feto fosse stato vivo, e tale fosse rimasto fino alla mattina del 4 Novembre, che cosa speravano di fare i quattro sanitari di T.?

Quale deve essere la condotta dell' ostetrico in caso di spalla profondamente impegnata, col braccio al di fuori? La versione per manovre interne è categoricamente controindicata, perchè per la parte fetale molto impegnata è impedita la penetrazione della mano nella cavità uterina, anche perchè l'utero è tetanizzato e perchè il liquido amniotico è tutto colato, e quando anche si potesse penetrare con la mano non si potrebbe allontanare dallo stretto la spalla e far girare il feto. Per tutte queste ragioni la versione classica per manovre interne non deve essere nemmeno tentata. Nel caso della povera F., essendo assolutamente controindicata la versione per manovre interne, per le ragioni dette e per la bifidità dell'utero, due soluzioni vi erano:

1.° o agevolare, ove ne esistesse l'indicazione, l'evoluzione spontanea come vuole la Scuola italiana — Chiara, Mangiagalli, Negri, Falaschi, Ranieri — mediante uncinazioni e trazioni sul braccio, non per salvare il feto (perchè se non è morto, ciò che è rarissimo in quelle condizioni, muore necessariamente durante la sua estrazione), ma per non praticare una grave operazione qual'è l'embriotomia che può compromettere la vita della madre;

2.° o come vuole la Scuola francese passare immediatamente, anche a feto vivo, all'embriotomia, sezionando il feto. Secondo l'una o l'altra condotta il feto della F. era perduto, e sarebbe venuto fuori morto.

Secondo noi, dunque, *la levatrice G. non penetrò con la mano nell'utero, e non portò fuori di esso imprudentemente un braccio; questo invece doveva già essere nella cavità vaginale; la sua estrazione fuori della vulva non sarebbe mai stato uno svantaggio, ma un doppio vantaggio nel caso si avesse potuto praticare la versione; niente prova che la G. abbia fatto trazioni violente sul braccio, ed anche sussistendo ciò, non è provato che le trazioni possano essere state causa necessaria della morte del feto; il feto molto probabilmente doveva essere già morto, ed anche non essendolo, avrebbe dovuto necessariamente soccombere per mano dei chirurghi per poter venir fuori sì coll'evoluzione spontanea, sì coll'embriotomia. Nemmeno l'operato del dott. R. può essere stato in qualsiasi modo causa della morte del feto.*

CONCLUSIONI.

1.° *Riguardo alla morte del feto.* — Siamo convinti che l'operato della levatrice G. e del medico R. non può menomamente incolparsi di imperizia, imprudenza o negligenza e tanto meno d'inosservanza di Regolamenti, tali di aver determinato la morte del feto di cui era gestante la donna Maria F.

2.° *Riguardo alla morte della donna.* — Siamo convinti che l'operato delle due sopradette persone non può menomamente incolparsi di imperizia e negligenza o inosservanza di Regolamenti, tali d'aver determinata la morte della donna Maria F.

Fatto, letto e sottoscritto.

* * *

Il Magistrato emise una ordinanza colla quale si accettano le conclusioni dei periti, e si dichiara non farsi luogo a procedimento penale per inesistenza di reato.

Dott. MUZIO PAZZI

STORIA SCIENTIFICO-SOCIALE DELLA LEVATRICE

(Continuazione, vedi pag. 451).

Si ha autoinfezione per germi che abitualmente vivono nell'interno dei genitali; eteroinfezione per germi che abitualmente non vivono nei medesimi e debbono sempre essere trasportati dal di fuori.

Gönner (1), nel secreto del collo dell'utero di donne incinte, ha riscontrato dei piogeni non virulenti. Winter (2) ha ricercato microorganismi nella cavità dell'utero senza trovarli, ma li ha trovati in vagina e nel canale cervicale in forma di streptococchi senza proprietà patogene. Bumm (3) conferma queste vedute e così pure Thomen (4). Kaltenbach ammette la preesistenza dello streptococco nel canale genitale (5), ma Cuzzi e suoi discepoli in Italia tendono ad escluderla, ammettendola solo per i saprogeni come da tempo aveva supposto il Semmelweis. Clivio (6) anzi descrive un caso di endometrite saprofitica.

L'autoinfezione sta dunque strettamente legata alla presenza di microorganismi in vagina, ma se è stata assicurata per i saprogeni non è così per i piogeni; si sa però che se ai saprogeni si uniscono piogeni acquistano virulenza marcata, alle volte fatale (Clivio).

L'opinione del Fehling (7), che i residui placentari od ovulari in

---

(1) Goenner. « Uber Mikrorg. in Secret, etc. » *Centralb. f. Gynaek.*, N. 18, 1887.

(2) Winter. « Die Mikrorg. in Genitalien. d. ges. Frauen. » *Zeitsch. f. Geb. and Gyn.*, B. XIV.

(3) Bumm. « Ub. d. augangen weit, etc. » *Arch. f. Gyn.*, B. XV.

(4) Thomen. « Bac. Untersch., etc. » *Arch. f. Gyn.*, B. XXXVI, N. 2.

(5) Kaltenbach. « Sulla questione dell'autoinfezione. » Estrat. dal Congresso della Società ginecol. tedesca, Giugno 1889.

(6) Clivio. « Di un caso di endometrite saprofitica. » *Rivista di Ostetr. e Ginecol.*, Torino, 1890.

(7) Fehling. « Die Physiol. u. Patol. d. Wochenb. » Stuttgart, 1890.

decomposizione non bastano da soli a produrre l'infezione è contrastata dal Cuzzi, il quale osserva che per aversi autoinfezione basta che preesistano i germi saprogeni, e questi preesistono perchè per le loro abitudini di vita, possano trovarsi entro il canale genitale prima del parto. L'infezione cui danno luogo è però sempre leggera se ad essi non si associano i piogeni. Ora i casi di Felhing concernono appunto casi d'infezione puerperale leggera come quelli di Kaltenbach.

Il principio dell'autoinfezione non può essere distrutto ed a questo si lega l'altro della disinfezione anche prima del parto. Leopold, Bokelmann, Dührsen, dicono invece che la vagina deve essere considerata come abacterica. Il primo nota una diminuzione della mortalità delle donne, dopo avere impedito le esplorazioni durante la gravidanza.

V. Ott (1), nei lochi normali delle puerpere subito dopo il parto, non ha trovato microorganismi.

Queste teorie conducono ad ammettere l'eteroinfezione e quindi a sostenere l'asepsi più dell'antisepsi.

Ma Döderlein (2), con numerosi esperimenti ha trovato numerosi bacteri di molte specie, nel secreto vaginale e cervicale di donne sane e non esplorate.

Krönig (3), invece ha fatto 100 ricerche sul secreto vaginale di donne gravide non esplorate, normale e patologico, e non ha mai trovato germi patogeni. Questi due autori ammettono nelle secrezioni vaginali una azione attenuante ed anche distruttiva (acidità).

Il dott. Renoirte (4), in un lavoro recente concluse che nel 10 per cento delle partorienti sane si hanno streptococchi e insiste sulla disinfezione vaginale prima della rottura del sacco amniotico. Studi recenti del William (5), hanno mostrato che primitivamente il secreto della vagina è alcalino e per opera stessa dei bacteri diventa acido e poco più

---

(1) V. Ott. « Zur Bakteriol. d. Loch. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXII, Heft. 3, p. 436.

(2) Döderlein. « Untersuchungen uber d. Vorkommen von Spaltz, etc. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXI, Heft. 3.

(3) Krönig. « Scheidensekretuntersuchungen bei 100 Schwangeren. » *Centralb. f. Gyn.*, n. 1, 1894. (Vedi 80).

(4) Henrotay. « L'antisepsi, etc. Obstetrique. » *Archiv. de Toc. e Gyn.*, Juin 1894.

(5) William John Govv. « A note ou vaginal secretion. » *Tratact. of. t. obst.* Socc. of London' N. 52, 1894.

favorevole al loro sviluppo. Cheinisse (1), avendo trovato che il gonococco signoreggia su tutti gli altri elementi etiologici delle metriti croniche, ha stabilito che esso, nelle febbri puerperali non agisce tanto per la sua attività specifica, quanto per agevolare secondariamente le infezioni secondarie, modificando il terreno generalmente poco propizio per lo sviluppo dei piogeni.

Döderlein (2), riportando dei fatti clinici e bacteriologici, intorno ad una epidemia di febbre puerperale verificatasi a Lipsia, rileva una forma molto accidentale di eteroinfezione. Una donna era affetta da congiuntivite traumatica dovuta alla rottura di un occhio artificiale; il secreto purulento della ferita toccò le mani della levatrice che trasportò nelle vie genitali della donna stessa e di altre due puerpere, ad onta avesse ubbedito alle più rigorose esigenze antisettiche. Questo spiega la grande virulenza del materiale innestato. Di queste tre donne, curate prontamente, due sole si salvarono con le iniezioni endouterine di soluzione di *creolina* al 2 0[0. L'autore spiega la morte della terza ammettendo che i germi dell' infezione non si trovassero più nella superficie interna dell' utero, ma avesse già varcato i linfatici. L'esame bacteriologico dei lochi rileva la presenza di *cocchi* e *diplococchi,* ma non stafilocchi e streptococchi, perchè la febbre alta impedisce ai cocchi di disporsi in catena.

Leopold e Goldberg (3), vogliono limitata assai l'esplorazione interna e molta istruzione nell'esame esterno della gravida e della partoriente. Dichiarano che le lavature disinfettanti della vagina nei casi normali, non si debbono fare. Riescono rigorosa antisepsi subiettiva dell'ostetrico e della levatrice, e dei genitali esterni della donna.

Thomas Oliver (4), ritiene che vi siano molte cause di setticemia puerperale ed essendo questa prodotta da microorganismi che vivono

---

(1) « La bacteriologia dei genitaii fenomenali e le metriti. » Articolo di fondo della *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, Milano, 1895, vol. I, pag. 393, 394.

(2) Döderlein. « Klinisches und Bakteriologisches über eine Puerperal fieber Epidemie. » *Archiv. f. Gyn.*, Bd. XL, Heft. 1, 1891.

(3) « Ueber die Entbehrlichkeit der Scheiden-Auspülungen und Auswaschungen bei regelmässigen Geburten und uber die grösstmigliche Verwertung der ausseren Untersuchung in der Geburtsülfe. » *Archiv. f. Gyn.*, Bd. XL, Heft. 3, 1898.

(4) Thomas Oliver. « Puerperal septicemia. » *The British Gynaecological Journal*, November 1891.

dentro e fuori del corpo umano, crede sia difficile stabilire sin dove i bacteri non patogeni dopo il parto, possono divenire nocivi. Cita due casi di gonorrea recente determinante su diverse donne la setticemia puerperale per intermezzo dell'ostetrico (applicazioni forcipe). Cita pure i casi di Grig riguardanti peritoniti puerperali da rotture di cisti pelviche, di vecchie piosalpingi e ascessi dell'ovaia da infezione gonorroica.

Ahlfeld (1), sopra uno studio di 3000 processi febbrili di donne della Maternità di Marburg, fatto dai suoi assistenti e da lui controllato, conclude che la febbre puerperale può sorgere senza che le puerpere siano state esaminate internamente prima, durante e dopo il parto. In generale si tratta di processi febbrili leggeri, qualche volta di gravissimi, da determinare la morte.

Per impedire una grave malattia puerperale fa la pulitura delle vie del parto come cosa indispensabile ed usa il sublimato corrosivo. Loda il metodo aspettante nel periodo dopo il parto, facendo osservare che l'ematoma retroplacentare che durante il medesimo si forma, fa da tampone contro le bocche aperti dei vasi della inserzione della placenta, impedendo una possibile entrata dei germi patogeni. Accenna come la *coprostasi* impedendo meccanicamente il deflusso dei lochi, favorisce la febbre di riassorbimento da ritenzione.

Donal (2) cita parecchie statistiche che stanno a provare la necessità di concedere dopo il parto il riposo fisiologico. Durante il parto non vuole frequenti esami e manipolazioni. Egli ha avuto solo due casi di setticemia puerperale sopra 3453.

Maslovsky (3), constatando che Winter nella metà dei casi da lui osservati, ha trovato microorganismi patogeni nel canale genitale prima del travaglio del parto; che Steffeck li ha dimostrati nelle donne sane e Döderlein nelle donne malate, ha portato un contributo allo studio della etiologia e profilassi delle malattie puerperali. Adoperò del secreto vaginale di donne gravide con genitali sani (N. 25), non esplorate racco-

---

(1) Alhfeld. « Beiträge zur Lehre vom Resorptionsfieber in der Geburt und im Wochenbette und von der Selbstinfektion. » *Zeitschrift für Geburt. und Gyn.*, Bd. XXVII.

(2) Donal. « On puerperal Septicaemia. » Da una rivista di una discussione accademica negli *Ann. di Ostetricia e Ginec.* Milano, Agosto 1892, N. 8, pag. 623.

(3) W. F. Maslovsky. « Zur Lehre von der Selbstinfektion. » *Zeitschrift für Gebut. und Gynak*, 1892, N. 4 (Russich).

gliendolo colla vulva posteriore, sterilizzata, dello speculum Simon, previa disinfezione dei genitali esterni con acido fenico (3 0[0) o sublimato (1 0[00). Parte di questo secreto servì per osservazioni microscopiche, parte per coltura, parte per inoculazioni sugli animali. L'autore conclude che: i suoi esperimenti dimostrano come nel canale genitale delle gestanti si trovano microbi patogeni (stafilococchi, streptococchi e bacillus piogenes foetidus, con proprietà virulente come quelle osservati nelle forme puerperali da Karewscky, Bumm, Fehling, Döderlein, Gönner, Czerniewsky), che possono provocare setticemia senza infezione dall' esterno. L'A. è favorevolissimo alle misure profilattiche consigliate da Steffeck, Hofmeier, Ahlfeld, Kaltenbach, Döderlein, Torggler, e cioè: irrigazioni vaginali, lavaggio della vagina e sezione inferiore del collo.

Guéniot (1), fa conoscere 4 sue osservazioni di setticemia puerperale, nelle quali la causa devesi a materie in decomposizione contenute nell'aria. Le sue conclusioni sono le seguenti:

1.° Viziando l'aria degli appartamenti con emanazioni mefitiche di qualsivoglia natura, si crea una causa di febbri e di accidenti puerperali. 2.° La intossicazione mefitica durante la gravidanza, avviene sopratutto pel tramite delle vie respiratorie, dopo il parto invece per quello delle superficie sanguinanti in contatto dei liquidi e dei solidi contaminati. 3.° La succedanea setticemia non è di natura suppurativa, il focolaio principale è nella cavità uterina. 4.° La profilassi deve consistere nel mantenere pura l'aria degli appartamenti ed in ispecial modo quella delle latrine e dei gabinetti di *toilette,* degli acquai. 5.° Ma se si fosse in presenza di tali setticemie, i mezzi principali del trattamento dovrebbero consistere: *a*) nella soppressione immediata ed assoluta delle fonti mefitiche; *b*) nella disinfezione possibilmente completa di tutto l'appartamento; *c*) nel chinino, negli alcoolici ad alta dose, negli antisettici e specialmente nell'acido fenico anche come lavacro endouterino.

Bumm (2), studiando la questione della disinfezione interna delle partorienti, ha fatto le seguenti ricerche:

I.° *Ricerche batteriologiche.* — Dei numerosi bacteri che si trovano

---

(1) Guéniot. « Du méphitisme de l'air comme cause de Septicémie puerpérale. » Académie de Médecine, Séances de mai 1892.

(2) E. Bumm. « Sulla questione della disinfezione interna delle partorienti. » *(Centralb. f. Gynäk.) Rassegna di Ostetricia e Ginecologia,* Napoli, 15 Luglio 1892, Anno I, N. 7.

nel secreto della vagina e del collo, solo due gruppi appartengono ai patogeni. Il primo comprende i batterii della putrefazione che, vivendo su sostanze albuminoidi in via di decomposizione, producono delle sostanze che sono velenose se assorbite e portate in circolazione. Le condizioni pel loro sviluppo sono sfavorevoli durante il travaglio, favorevoli nel puerperio per le secrezioni sanguigne o siero sanguinolenti. Gli stessi sostenitori della disinfezione interna si preoccupano poco di tali microorganismi, perchè esistono solo nel secreto vaginale, ed i loro prodotti non vengono assorbiti nè dalla vagina, nè dalle lesioni superficiali, e perchè senza lottare contro di essi, lasciando in quiete le parti, si può ottenere una guarigione più facile e più pronta. Il 2.° gruppo comprende i *germi settici* che possono penetrare nei tessuti vivi, per ivi moltiplicarsi e dilatarsi causando le varie forme d'infezione. Le ricerche di Kehrer, Winter, Steffeck, hanno dimostrato che essi si trovano nel 40-50 0[0 dei casi, nel secreto vaginale, e quindi giustificherebbero la necessità delle disinfezioni interne, ma si può obbiettare:

1.° La cifra 40-50 0[0 non comprende donne con secreto normale, ma alterato patologicamente, perchè le proprietà del secreto hanno grande importanza sullo sviluppo dei germi, e l'A. ha dimostrato che lo streptococco della febbre puerperale e le colture dello staphilococco piogeno, poste nel secreto normale periscono. Le disinfezioni interne nei casi normali possono per ciò divenire pericolose, perchè possono cambiare le proprietà del secreto rendendolo atto alla vita dei bacterî, cambiandolo in un liquido tenue sieroso, ed alla lunga purulento e sanguinolento, ricco di numerosi cocchi.

2.° Tra tutti i *germi settici* nel secreto si riscontra, per lo più, lo staphilococcus albus, indi lo staphilococcus aureus, e raramente lo streptococcus; dall'altro lato le ricerche e le esperienze dimostrano che, le prime due forme, possono solo eccezionalmente partecipare all'infezione, che il vero agente è lo streptococcus, il quale si trova sempre e soltanto nei casi d'infezione. Ne consegue che i 40-50 dei casi dovrebbero solo ridursi a quei pochissimi provvisti di streptococcus.

3.° I batterî della sepsi non spiegano sempre ugualmente la loro azione; se in certi casi la loro virulenza è massima, in altri è nulla, e l'A. iniettando tali germi presi da dieci diverse specie di secreto purulento vaginale, non osservò mai alcuna reazione. Se tali germi in gene-

rale non si mostrano virulenti, non è però escluso che lo possano divenire durante il travaglio, per provocare poi nel puerperio i fenomeni d'infezione. Non potendo fino ad oggi con le ricerche bacteriologiche, studiare le ragioni e le condizioni di questo variare di virulenza, e quindi decidere sulla utilità delle disinfezioni, non rimane che rivolgersi alla clinica.

II.° *Ricerche cliniche.* — Esiste una probabilità che i processi del travaglio inducano uno stato di virulenza nei germi?

Esaminando le statistiche di Ahlfeld, in 15 casi ebbe il 60 0[0 di febbre. Leopold in 919 casi ebbe 12 volte febbre (1. 3 0[0). Rossier in donne, non esaminate e non lavate ebbe una volta 10. 9 0[0 ed una seconda 23. 4 0[0 di febbre.

Tali cifre se dicono che una percentuale di donne ebbe infezione, non dicono però che questa sia dovuta solo a germi preesistenti, perchè le sorgenti d'infezione nel corso di un puerperio sono numerose e svariate, come lo dimostrano Pinard, Fehling, e l'analisi completa dei singoli casi fatta da Leopold e Mermann, che trovano tante vie d'infezione esterna, da far quasi sparire la possibilità dell'autoinfezione pei germi divenuti virulenti.

Se cerchiamo di risolvere la questione in un secondo modo, cioè allontanare con le disinfezioni interne i germi, ed osservare se si ottengono migliori risultati, vediamo che Steffeck senza disinfezione ne ebbe 19. 4 0[0 di febbre, con le disinfezioni 6. 5 0[0. Holowko con semplici lavature vaginali al sublimato 10. 7 0[0, con perfetta disinfezione interna 4. 1 0[0.

Dall'altro lato però: Glöckener e Keller in 120 parti normali, senza disinfezioni ebbero solo il 6 0[0 di febbre.

Mermann in 500 parti normali senza disinfezioni, ebbe solo 5. 6 0[0 di febbre.

Leopold e Goldberg in 3400 donne esaminate e disinfettate ebbero 1.68 0[0 di febbre — in 1369 esaminate e non disinfettate solo il 0. 95 0[0.

Da queste statistiche non si può dedurre che la disinfezione dia migliori risultati, e quindi che i germi della vagina possano divenire virulenti; e la diminuzione dal 19. 4 0[0 a 6. 5 0[0, osservata dallo Steffeck, può riferirsi ad altre ragioni oltre che alla disinfezione.

Concludendo: fino ad oggi non è stato dimostrato, nè reso probabile,

che i germi settici nel travaglio normale, possano divenire virulenti e quindi pericolosi, da giustificare la loro morte con la disinfezione interna.

Quanto alla quistione della necessità della interna disinfezione nei parti patologici, l'A. differenzia i *germi settici* dai putridi. I germi putridi, che nei parti normali non giustificano la disinfezione vaginale, la rendono necessaria prima di una operazione, perchè possono introdursi nel cavo uterino, per determinare la putrefazione dei lochi e dei trombi e dare origine a forme gravi d'infezioni. Nei parti prolungati, anche senza precedenti operazioni, essi possono provocare la putrefazione delle acque, del feto, ecc., con gravi fenomeni d'intossicazione; in tal caso la disinfezione sarebbe giustificata, se non fosse di poco valore, perchè se si trovano sostanze in via di decomposizione nel cavo uterino, non se ne potrà mai impedire la putrefazione e sarà più indicato il loro pronto allontanamento.

Quanto ai *germi settici,* nei parti normali, quantunque le varie condizioni sembrino atte a facilitare la loro virulenza, nulla si può dire di sicuro; ad ogni modo non bisogna dimenticare che il travaglio prolungato, i molteplici riscontri e le operazioni, portano al massimo, la probabilità della infezione dall'esterno.

Frommel (1), della clinica di Erlangen dal 1887 al 1890 sopra 559 donne di parto in cui praticò la disinfezione profilattica dei genitali esterni e della vagina con sublimato corrosivo (1[2 0[0), ebbe una morbilità puerperale oscillante fra 5 1[2-7 1[2 0[0. Dal 1890 al 1891 sopra 197 donne in cui si trascurò la disinfezione profilattica, ammette la possibilità dell'autoinfezione, ma non vede il bisogno di limitare l'osservazione interna se si usano tutte le cautele antisettiche.

Wendel-Holmes (2), fa le seguenti considerazioni:

a) Un medico che si propone di visitare delle partorienti non piglierà mai parte attiva all'autopsia d'un caso di febbre puerperale.

b) Se questo medico è presente all'autopsia, dovrà fare delle abluzioni complete, cambiare abito e lasciar passare almeno 24 ore prima

---

(1) R. Frommel. « Profilassi delle malattie del puerperio. » (*Deutsche m. Wochenschrift*). Da una rivista della *Rasseg. di Ost. e Ginec.* di Napoli. An. I, N. 9, 15 Settembre 1892.

(2) O. Wendell-Holmes. « Contagiosità della febbre puerperale. » (*Annal. of. Gynec. and Poediatry*). Da una rivista della *Rassegna di Ost. e Ginec.* di Napoli. An. II, N. 10, 16 Ottobre 1893.

di vedere le sue malate. Sarà buono estendere le medesime precauzioni ai casi di peritonite semplice.

c) Eguali precauzioni saranno prese dopo l'autopsia o il trattamento chirurgico di casi di erisipela, se il medico è costretto ad accudire contemporaneamente a simili operazioni, il che è dannoso al più alto grado.

d) In seguito alla esistenza di un sol caso di febbre puerperale nella sua pratica, il medico dovrà considerare la prima donna in travaglio che curerà in seguito, a meno che non siano passate alcune settimane, come in pericolo di essere infettata da lui, ed è suo dovere di prendere tutte le precauzioni per diminuire le probabilità di contagio e di morte.

e) Se in poco tempo sono avvenuti casi di febbre puerperale nella pratica del medesimo medico, non esistendo la malattia nelle vicinanze, il medico dovrà, saggiamente, astenersi da ogni pratica ostetrica almeno durante un mese e cercare con tutti i mezzi possibili di liberarsi dall'influenza tossica che porta con lui.

f) Avvenendo tre o più casi connessi nella pratica di un medesimo medico, non esistendo alcuna epidemia nelle vicinanze, o non potendosi indicare nessuna causa precisa per spiegare il contagio, il medico dovrà considerarsi come la causa evidente del contagio.

g) È dovere del medico prendere tutte le precauzioni necessarie perchè la malattia non sia propagata dalle infermiere o altro assistente.

h) Per quanto si possa essere indulgente per coloro che sin'ora hanno ignorate le cause d'una tale calamità, è arrivato il tempo in cui l'esistenza di una pestilenza privata nella sfera di un solo medico, debba considerarsi non come una disgrazia ma come un delitto.

Chiara (1) in un suo lavoro recente consiglia il bagno della superficie d'inserzione della placenta nella infezione puerperale d'origine endouterina e fa qualche critica al raschiamento. Ecco in qual modo si esprime l'autore medesimo:

« . . . Mi venne l'idea, forse tutt'altro che nuova, di sottoporre ad

---

(1) D. Chiara. « Il bagno della superficie d'inserzione della placenta nella infezione puerperale d'origine endouterina e qualche critica del raschiamento. » *Annali di Ostetricia e Ginec.*, Milano, 1893, An. XV, N. 7, pag. 549.

una specie di bagno o d'immersione, la cavità uterina, e specialmente il tratto dove s'inseriva la placenta (il fondo o vicino), bagno, immersione che si ottiene con la massima facilità e semplicità e indicato sempre quando il puerperio non sia giunto a tale da offrire quasi rigenerata di già la decidua utero-placentare. Fatta la irrigazione classica, si solleva la pelvi della donna, il più che è possibile, abbassando contemporaneamente la testa per modo che il fondo uterino sia la regione più bassa, o più declive; ciò fatto senza avere tolto di sede la cannula d'irrigazione, si manda nella cavità uterina una quantità di liquido, possibilmente in armonia con la capienza uterina in quel caso; si lascia il liquido nell'utero da 12 a 15 minuti, e poi rimessa la donna in una posizione contraria, si dà esito alla soluzione che refluisce per ragione fisica e meccanica....

« Stagnando la soluzione per il tempo indicato là dove viene messa, giustifica la speranza che essa trovi modo di penetrare in tutte le depressioni, le anfrattuosità, e ne' meandri lasciati dalla lacerazione della decidua utero-placentare fatta dal distacco della placenta, e andando così a colpire le colonie bacillari che fin allora potevano aver evitato il contatto con il loro terribile e liquido nemico. »

L'A. è contrario al raschiamento nei processi settici endouterini, basa le sue osservazioni sopra quattro casi clinici.

Eberhart (1) pur ricordando gli eccellenti risultati ottenuti dal Mermann per l'asepsi ostetrica, limitantesi a prescrivere la disinfezione perfetta dell'ostetrico e de' suoi istrumenti, pensa tuttavia che questo metodo possa essere coronato di successo solo nelle cliniche, nella maternità, o negli stabilimenti di cura privati, dove il personale subalterno sa fare la disinfezione. Nella pratica privata questo metodo è insufficiente.

Secondo l'A. le iniezioni vaginali possono a rigore essere omesse nei casi normali; esse sono assolutamente indicate nei casi di gonorrea, di scolo vaginale abbondante, di lochi fetidi, quando vi ha elevazione di temperatura, ogni qualvolta si ricorre ad un intervento operativo.

L'A. ha rinunciato al sublimato e si serve con vantaggio delle solu-

---

(1) Eberhart. « Asepsis oder Antisepsis in der Geburtshilfe. » *Centralblat f. Gyn.*, n. 37, 16 Settembre 1893.

zioni di lisolo all' 1 0[0, essendo un antisettico che non presenta alcuna tossicità.

Nella tornata del 20 Dicembre 1893 (1) della Società di Medicina Berlinese, il Veit disse che quando si assiste una partoriente bisogna che il medico o la levatrice disinfetti bene le sue mani e che si disinfettino i genitali esterni della donna. Può trascurarsi la disinfezione dei genitali interni. La disinfezione accurata delle mani è ancora di maggiore importanza nei casi di emorragia dopo l' espulsione del feto. Olshausen disse che nell' intervento chirurgico bisogna tenere gran conto dei microbi patogeni che possono esistere nel canale genitale. Per questa ragione lo scollamento della placenta è operazione assai pericolosa. L'accurata disinfezione del canale genitale è allora indispensabile. Dührssen osservò che il lisolo è un eccellente disinfettante dei genitali esterni. Lo scollamento della placenta non è operazione pericolosa. Una disinfezione dopo il parto non è necessaria che nei casi di elevazione febbrile. Martin consiglia di fare lo scollamento della placenta solo nei casi di assoluta necessità.

Otto von Franqué (2) ha osservato 10 puerpere nelle quali si ebbe una temperatura fra i 37-37.8, e per otto volte ha trovato la cavità uterina perfettamente sterile. In una puerpera con 37. 6 furono trovati nella vagina lo stafilococco aureo e bianco. In altre 11 puerpere febbricitanti tre volte solo l'esame fu negativo batteriologicamente. Dalle esperienze istituite dall'A. sono tratte le seguenti conclusioni:

1.° Lo streptococcus piogenes penetrato nella cavità uterina di puerpere recenti, produce nei singoli casi solo un aumento di temperatura assai leggiera, unito ad un perturbamento del benessere generale di poco momento.

2.° *Il bacterium coli commune* può produrre febbre in puerperio.

3.° La febbre saproemica nel puerperio è una rarità. La si può ammettere solo quando un esame esatto batteriologico dei lochii uterini abbia constatato l'assenza di microrganismi patogeni e la presenza di saprofiti.

---

(1) *Atti della Società berlinese di Medicina,* 1893. Vedi *Riforma Medica* di Napoli, anno X, n. 4, vol. 1, 1894, pag. 44.

(2) Otto von Franqué. « Bacteriologische Untersuchungen bei normalen und fieberhaftem Wochenbett. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie,* Bd. XXV.

L'A. riassume pure la letteratura che riguarda l'argomento e cita i lavori anteriori del Döderlein, del Czerniewsky, del Mirónow, Bumm, Hägler e Thomen e tace su quelli del Cuzzi (vedi il suo aureo trattato di ostetricia e ginecologia più sopra accennato), del Marchionneschi, del Fasola, della Kuliscioff, del Clivio, del Zuco, ecc. ecc.

Bruckardt (1) nella clinica ginecologica di Baseler, seguendo i criteri scientifici del Döderlein ha esaminato il secreto vaginale di 116 donne incinte. Nei casi di secreto normale ebbe il 23. 3 0[0 con febbre e in quelli con secreto patologico il 50 0[0. La natura del secreto secondo l'A. ha una grande influenza nel puerperio; esso però non costituisce una controindicazione per l'esplorazione clinica, perchè i temuti pericoli possono essere diminuiti con una profilattica e precisa disinfezione. Se vi ha il tempo di preparare la donna al puerperio si possono usare le irrigazioni consigliate da Döderlein che possono rendere normale il secreto patologico.

Krönig (2) fa notare che mentre la maggioranza degli autori hanno rinvenuto nel secreto vaginale lo staphilococcus piogenes albus, nel fatto poi nelle infezioni puerperali esso si trova raramente e sempre lo streptococcus piogenes, il che fa supporre che lo stafilococcus piogenes sia accidentalmente portato in vagina nel raccogliere il secreto vaginale. L'A. ha ricercato la reazione del secreto vaginale di 309 gravide e non ha mai ritrovato reazione neutra o alcalina, di modo che anche in una secrezione vaginale patologica vi sarebbe tale grado di acidità da essere incompatibile con la vita dello streptococco. Sopra 100 gravide esplorate, 51 avevano secrezione vaginale normale, 33 patologica, 11 altamente patologica e dalle ricerche fatte conclude che il secreto vaginale di gravide non esplorate, indifferente se normale, patologico o altamente patologico, non contiene giammai, eccettato *l'oidium ed i gonococchi,* germi aerobii, i quali crescono sui terreni di coltura ordinariamente usati alla temperatura del corpo, perciò neppure germi settici. La va-

---

(1) Bruckardt. « Sulla influenza dei batterii vaginali sul corso del puerperio. » *Archiv f. Gynäk.*, Bd. XLV, p. 71, vedi la *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia* di Napoli, 15 Luglio 1894, A. III, N. 7, pag. 297.

(2) Kroenig. « Scheidensekretuntersuchungen bel 100 Schwangeren. Asepsis in der Geburtshülfe. » *Centralbl. f. Gyn.*, N. 1, 1894.

gina di ogni gravida non esplorata è asettica. Le puerpere con secreto vaginale normale ammalano su per giù nelle stesse proporzioni di quelle che hanno un secreto vaginale patologico. Nel puerperio normale debbono tralasciarsi le irrigazioni antisettiche. Fa rilevare come Döderlein e Gunter su 305 puerpere disinfettate ebbero la morbilità di 29. 6 0[0, mentre sopra 283 non disinfettate si elevò solo a 19. 4 0[0, di questi solo 8. 3 0[0 l'aumento di temperatura dipendette dall'utero. Finalmente in una serie di 600 parti con irrigazioni antisettiche la morbilità fu maggiore che in un'altra serie di 239 puerpere dove non fu fatta disinfezione vaginale. Nello stabilire il valore clinico delle irrigazioni endouterine raccomanda di non confondere le infezioni da saprofiti con quelle da streptococchi.

L'A. in un altro lavoro scritto di recente sulla azione antibacterica del secreto vaginale delle gravide (1), ritorna sulla questione dell'autoinfezione e dell'eteroinfezione. Insiste sul concetto che per autoinfezione non devesi intendere una infezione data da bacterii generati nell'interno dell'organismo, ma venuti dall'esterno come nell'eteroinfezione se non che depositati in vagina prima ancora o durante la gravidanza. Partendo da questo concetto il terreno di coltura sarebbe il secreto vaginale che secondo Döderlein se normale sarebbe sfavorevole allo sviluppo dei microrganismo, se patologico invece, favorevolissimo. Krönig non ammette sia patologico il secreto così designato dal Döderlein perchè non contiene stafilococchi o streptococchi che sono i germi patogeni della febbre puerperale. Conclude ammettendo: 1.ª l'azione antibacterica della vagina uguale qualunque sia il secreto; 2.° esservi differenza a seconda del germe con cui si esperimenta. Gli streptococchi vengono distrutti in brevissimo tempo, uno maggiore se ne richiede per gli stafilococchi. In due giorni al massimo la vagina infettata ritorna priva di ogni germe. Non è dunque possibile un' autoinfezione: 3.° Due o tre giorni dopo l'ultimo toccamento la vagina di una gravida può considerarsi come asettica. Come fattori di questa immunità naturale l'autore ammette un agente chimico (forse l'acido), l'antagonismo dei germi proprî al secreto

(1) Kroenig. « Ueber das bacterienfeindliche Verhalten des Scheidensecretes der Schwangereu. » *Deutsche med. Wochensch.*, 25 Oct. 1894.

vaginale con quelli importati, il fagocitismo, la mancanza di ossigeno, più forse una espulsione dei germi patogeni per via meccanica.

L'A. infettando artificialmente vagine col bacillo pyocianeus, collo streptococco, collo stafilococco e facendo lavature, ha trovato che queste non sono efficaci contro questi germi patogeni e che intralciano il potere immunizzante naturale del secreto vaginale. Dunque gli esperimenti dimostrano che le lavature profilattiche sono da pretermettere tanto nel parto che durante la gravidanza.

Prioleau (1) è d'opinione che gli accidenti puerperali possono avvenire nelle partorienti allorquando la zona genitale è stata precedentemente affetta da lesione, attenuatasi poscia ma non scomparsa del tutto; inoltre quando l'organismo si trova durante la gravidanza in uno stato di endosepsi (Barnes) per tifo, scarlattina, foruncolosi, vaiolo, morbillo ecc.; infine per influenza dell'ambiente in cui vive la gravida e precedentemente infetto. Porak (2) fa la seguente recensione: del suo lavoro si conoscono casi di accidenti settici che sopravvengono nelle puerpere allorchè coabitano con persone affette da risipola. L'autore ne pubblica un caso. Ma l'interpretazione che l'infezione provenga da che le iniezioni vaginali non erano state private dell'aria, non può essere accettata senza le più grandi riserve. Le osservazioni di febbri puerperali legate a delle lesioni infiammatorie degli annessi, ovarite o salpingite purulente, blenorragia anteriore, coincidente con l'oftalmia purulenta dei neonati, offrono la grande probabilità di un microbismo preesistente, ma non una prova incontestabile: i casi d'infezione per stafilococco, per il bacillum coli, per il bacterio di Clado, per il pneumococco di Netter sono bene stabiliti. La coesistenza di germi, l'esistenza dell'uno che favorisce l'azione nociva dell'altro sono ammessi. Tale l'osservazione dell'autore che si riferisce a una donna colpita da febbre tifoide, che partorisce prematuramente in 12.ª giornata di malattia e che tre giorni dopo il parto presenta accidenti di peritonite acuta alla quale non scampa.

Veit (3), alla disinfezione della vagina, come misura profilattica del

---

(1) Prioleau. « Puerpéralité et microbisme prééxistant. » *Archives de tocologie*, Janvier 1894.

(2) Porak. *Revue de Sciences*, Paris, N. 89, 15 Février 1895, pag. 169.

(3) Veit. « Principii antisettici in ostetricia. » (*Berliner. clin. Woch.*) da una rivista nella *Rassegna di Ost. e Gin.*, Napoli, 1894 Settembre, A. III, N. 9.

parto, pericolosa se non fatta per bene, contrappone la lavatura (con acqua, ovatta e sapone prima, con soluzione disinfettante dopo) del pube, della vulva, dell'ano e parti vicine che risponde sempre allo scopo. Consiglia la disinfezione della vagina solo nei casi che precedono un atto operatorio, o se vi sono processi di putrefazione durante il travaglio ovvero se la donna è inficiata. Limita molto l'esame interno e dice che il progresso del parto, la profondità della testa si devono controllare con l'esame esterno. Durante le contrazioni si può sentire molto bene la testa vicino al sacro, nell'incisura sciatica, a fianco del coccige e finalmente nel perineo. Se è necessario un esame interno, il dito sarà condotto in vagina direttamente sotto la guida degli occhi. Una mano se si può, deve restare disinfettata. Si asporterà la placenta solo dopo una lunga ritenzione; nelle accentuate atonie si strofini l'utero; nelle lacerazioni del collo si suturi anche prima che la placenta venga fuori. Nella istruzione degli studenti e delle levatrici deve praticarsi l'esame interno e esterno.

Kreutzmann (1) comunica due casi d'infezione puerperale tardiva (23.ª-24.ª giornata) dovuta a che si facevano iniezioni vaginali, stando la donna seduta sul vaso da notte in posizione elevata di modo che la canula da iniezione (non ben pulita) dovè toccare il collo dell'utero.

Sarfert (2) riporta un caso di donna che 6 settimane dopo che aveva avuto un parto normale, ammalò per mastite doppia purulenta. Nel pus furono trovati diplococchi proprii della infezione blenorragica (gonococchi) di cui la donna era affetta.

Piccoli (3) in seguito a ricerche sperimentali proprie assevera che per ottenere la sicura sterilizzazione profilattica del canale genitale della donna con soluzioni di sublimato corrosivo, ed in una volta, è necessario far precedere e seguire all'uso della soluzione di sublimato al 1|2 o meglio all'1 0|00 quella di cloruro sodico (sale di cucina) a 0. 75 0|0 sterilizzata. Bisogna adoperare ciascuna di queste soluzioni per 2-5 mi-

---

(1) Kreutzmann. « Infezione tardiva dopo il parto. » (*N. Med. Woch.*) vedi *Rassegna di Ost. e Gin.*, Napoli, A. III, 1894, N. 9, pag. 403.

(2) Sarfert. « Diplococchi nel pus in un caso di mastite. » *(Deut. M. W.)* vedi *Rassegna di Ost. e Gin.*, Napoli, A. III, 1894, N. 9, pag. 403.

(3) G. Piccoli. « Sulla sterilizzazione del canale genitale della donna con le soluzioni di sublimato corrosivo. » *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, An. I, Fasc. I, Gennaio 1894.

nuti, mercè battufoli di ovatta sterilizzata, situando la donna nella posizione laterale di Sims e distendendo la vagina con una valva posteriore. Nelle donne partorienti, ad orificio uterino dilatato ed a testa fetale abbastanza impegnata, possono essere sufficienti le sole irrigazioni vaginali delle dette soluzioni, coadiuvate dalla occlusione intermittente della vulva o dalla indroduzione di un dito o di due dita in vagina.

Giordano (1) basandosi specialmente sui lavori dell' Opie (2), del Boxal (3), del Geronzi (4), del Davis (5), ecc. e riandando la sua pratica ostetrica nel breve tempo in cui fu medico di campagna, riporta l'esito di 105 operazioni ostetriche e toccando l' assistenza al parto si schiera decisamente fra i sostenitori dell'asepsi ostetrica. L'A. nella sua pratica impose sempre (dove ne avevano) che venissero date alla puerpera lenzuola e camicie di bucato, lottando contro un pregiudizio inveterato che vieta alle puerpere lenzuola pulite, acqua fresca ed aria pura. L'ambiente in cui l'A. fu costretto intervenire non fu sempre favorevole (camere di campagna, ad uso di camera da letto e di cucina, stalle, ecc.). « Ciò malgrado i soli casi di febbre puerperale che ebbi da curare » dice sempre l'A. « provenivano regolarmente da parti più o meno spontanei; » assistiti da levatrici, o, qualche volta, da intervento di colleghi non persuasi della necessità della asepsi.

Lowel Drage (6) è del parere che si debba cercare per quanto è possibile di combattere e prevenire ogni caso di febbre puerperale affine di impedire epidemie. Per prevenire lo sviluppo delle febbri si devono osservare tutte le regole antisettiche nel parto e dopo. Le lavande di sublimato al 1[2 0[00, secondo l' A., per questo scopo agiscono molto bene.

---

(1) D. Giordano. « Osservazioni di pratica ostetrica e particolarmente sulla asepsi, nelle operazioni ostetriche. » *Riforma Medica*, Napoli, 1894, Vol. I, pag. 303.

(2) Thomas Opie. « The influence of surgery on modern Obstetrics. » (*Jl. of Surg.*) *Gyn. and Obst.*, N. 3, Sett. 1893.

(3) Boxal. « L'antisepsi in ostetricia. » *Riforma Medica*, 1893, Vol. IV, pag. 428, dal *Clinical Journal*, Novembre 1893.

(4) Geronzi. « L'asepsi in ostetricia. » *Riforma Medica*, Napoli, 1893, Vol. IV, pag. 13.

(5) E. Davis. « Scientific obstetrics in private practice. » *Med. News*, 8 Luglio 1893, pag. 36.

(6) Lowel Drage. « Della febbre puerperale. » *Riforma Medica*, Napoli, 1894, Vol. II, pag. 202, dal *The Lancet*, 24 Febbraio e 3 Marzo 1894.

Goldberg (1), trattando dell'antisepsi in ostetricia, ritiene le irrigazioni endouterine di soluzione antisettiche quando il parto è stato normale, non solo inutili ma dannose. Le irrigazioni devono praticarsi solo nei parti anormali con soluzioni di sublimato al 1[4 0[00 e se vi è albuminuria con soluzioni fenicate all'1 a 2 0[0.

Farina (2), nel laboratorio di Clinica chirurgica a Roma, ha fatto delle ricerche sulla pelle per trovare se la medesima può considerarsi asettica dopo praticate sulla medesima le regole più rigorose d'antisepsi. Dalle sue osservazioni risulta che non vi sono germi negli strati superficiali, ma che potevano esistere cocchi nelle vie linfatiche della pelle, nei follicoli piliferi e nelle glandole sebacee. Dunque la pelle è una via d'entrata dei germi settici.

Henrotay (3), riguardo alla origine infettiva della febbre puerperale, dice che non c'è nessun dubbio, ma che non può accettarsi l'idea di Guéniot che possa avvenire per mezzo dell'aria, non esistendo in essa che in condizioni eccezionali i bacteri, essendo la luce, l'ossigeno e l'essicamento contrari alla loro vita. La propagazione della malattia deve avvenire per puro fatto della contaminazione degli organi genitali mediante liquidi o corpi solidi infetti. Che la puerpera possa infettarsi per i germi che si trovano normalmente nelle sue vie genitali, per il parto stesso senza poter dare la colpa al riscontro vaginale anche fatto con le più minuziose cure di antisepsi e di asepsi (autoinfezione) dai più è negato. Innumerevoli e fuggevoli sono le cause di infezione esterna per parte della donna stessa e di altri. Alcuni ostetrici annoverano fra le autoinfezioni l'influenza che ha sul puerperio una infezione blenorragica precedente il parto e di qui le contraddizioni o la preesistenza di malattie uterine pregresse (Budin, Doléris, Scheyron), di qui l'apparente contraddizione degli autori. Non bisogna essere troppo corrivi nell'ammettere questo genere d'infezioni. L'A. domanda: la pratica ostetrica al pari della chirurgica può essere puramente asettica? Il Mer-

---

(1) O. Goldberg. *Therapeutische Monatshefte*, N. 3, 1894, direttore O. Liebreich.

(2) Farina. « Setticità della pelle dopo la disinfezione. » *Policlinico*. Roma, 1894, 15 aprile, N. 9.

(3) Henrotay. « Relazione della Commissione nominata dalla *Società Belga* per riferire intorno all'antisepsi ed alla asepsi in ostetricia. » *Riforma Medica*, Napoli, 1894, Vol. II, pag. 709, dal *Journal des praticiens*, 5 maggio 1894.

mann che si è avvicinato di più alle prescrizioni asettiche, confessa che perchè sieno effettuate occorre un personale adatto. Ricorda la frase felice di Zweifel che l'asepsi eseguita da chi non ne ha una idea assoluta, esatta, diventa sepsi. Le iniezioni endouterine post-partum nei casi normali sono inutili. Riguardo agli antisettici la scelta cade sul sublimato corrosivo al 1[2 per mille contenente un vomitivo energico (solfato di cadmio o di rame cgr. 50 per litro), ma non deve sopprimersi l'acido fenico. Ricorda come nel gran ducato di Mecklemburg, appena un medico riconosce un caso di febbre puerperale nella pratica di una levatrice, invia questa a spese dello Stato a Rostock per la disinfezione della persona, degli abiti e degli istrumenti. Dice che la levatrice appena una puerpera oltrepassa i 38° di febbre per più di 24 ore, deve chiamare il medico. La relazione dell'A. finisce dicendo che la Commissione belga reclama un regolamento per le levatrici come in Germania e in Italia e libri di testo. Ricorda come l'accademia di Parigi ha concesso l'uso del sublimato alle levatrici.

Peri (1), appoggiandosi sui lavori di Winter (2), di Steffek (3) e d'Inverardi (4), e riportando un prospetto statistico del proprio servizio ostetrico in Filottrano, dimostra come abbia ottenuto sopra 432 donne che partorirono, di ridurre la morbilità a 0. 46 0[0 e la mortalità a 0 0[0, obbligando le levatrici a non fare lavande durante la gravidanza o il parto senza osservare la più scrupolosa antisepsi, invitando la Giunta Municipale a rilasciare speciali scontrini alle levatrici comunali o patentate, da mostrare alle famiglie e consegnarglieli onde combattere le levatrici abusive. L'A. raccomanda disinfezione subiettiva rigorosa prima della lavanda ai genitali esterni della donna, nuova disinfezione delle mani dopo questa lavanda prima di passare alla esplorazione interna, e nuova disinfezione dopo l'esplorazione. Nel puerperio non prescrive che la nettezza dei genitali esterni.

---

(1) Alessandro Peri. « Relazione sommaria del servizio ostetrico in Filottrano dal 1 Aprile 1893 al 31 Marzo 1894. » *La Rassegna Medica*, Bologna, An. II, N. 7.

(2) Winter. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIV, N. 2.

(3) Steffek. *Central. f. Gyn.*, N. 28, 1888.

(4) Inverardi. « Rendiconto dell'Istituto Ostetrico Ginec. di Firenze 1892. » Pubbl. al R. Istituto Sup. Firenze, 1892.

Frascani (1), dalle sue osservazioni cliniche e dalle sue ricerche praticate alla clinica di Pisa, si crede autorizzato a concludere:

I. A determinare le lesioni dell'apparato genitale che rappresentano il punto di partenza di una infezione puerperale, si possono trovare soli od associati i varii microorganismi piogeni.

II. Lo streptococco piogene non si trova, almeno ne' miei casi, in una proporzione molto maggiore degli stafilococchi albo ed aureo e spesso ad essi è associato.

III. Le osservazioni fatte con le ricerche nel sangue, nelle urine e nel latte contemporaneamente a quelle sui lochi, autorizzano a ritenere legati a questi diversi microorganismi oltre che i fatti patologici locali anche i disturbi generali che ne susseguono.

IV. Nella infezione puerperale avviene costantemente la eliminazione dei relativi microorganismi patogeni per mezzo dei reni e delle mammelle, pur non presentando questi organi sintomi di lesioni apprezzabili.

V. Tali microorganismi conservano la loro virulenza.

VI. Come conseguenza di queste osservazioni, risulta evidente la necessità di adottare opportune misure profilattiche; non solo per ciò che riguarda i lochi, ma anche per le urine e per il latte e potrei aggiungere per il sudore, basandomi oltre che sulle osservazioni sopracitate, su alcune mie ricerche le quali non ho qui riferite, essendomi mancata l'opportunità di praticarle metodicamente in tutte le donne.

VII. Tenendo conto del passaggio di tali piogeni nel latte ed anche di un fatto accertato, che cioè la presenza di questi microorganismi li mantiene per qualche tempo dopo cessati i più gravi fatti generali, sembrami che risulti opportuno l'impedire che la donna allatti e ciò non solo per riguardo al bambino (quantunque l'infezione di bambini nutriti con latte contenente piogeni, sia negata da Würzburg (2), da Zuco ed altri), ma anche per il fatto che il latte contenente piogeni può determinare flogosi suppurative nella mammella, in seguito al formarsi non infrequente di ragadi sul capezzolo.

---

(1) Frascani. « Osservazioni cliniche e ricerche bacteriologiche sopra alcuni casi d'infezione puerperale. » *Gazzetta Medica di Torino. Supplemento di Ostetricia e Ginecologia*, 1894, pag. 97-106.

(2) Wuerzburg. « Ueber Infektionen durch Milch. » *Therapeutische Monatschrifte*, 1891, p. 18.

Dunn (1), ricorda che non è il solo streptococco piogene il germe determinante l'infezione puerperale, ma che lo sono al pari lo stafilococco (Brieger), i saprogeni (Duncan) e i gonococchi e il *bacillum coli* (Von Fraugen). Questi microfiti devono venire dall'esterno, per cui una vera autoinfezione nel senso ristretto della parola non può esistere, ma v'è divergenza di opinioni se microorganismi patogeni possano essere ospiti latenti durante la gravidanza e dare poi al momento del parto l'infezione puerperale. Riporta un caso in cui è difficile determinare se si tratti di autoinfezione o di eteroinfezione, ma fa osservare che in questo la prima esplorazione fu fatta cinque ore prima della nascita del feto già intossicato e che morì per sepsi, mentre anche nei casi gravissimi dopo una esplorazione, inquinante il brivido iniziale della setticoemia tarda almeno 36 ore se non viene in 3.ª o anche in 5.ª giornata.

Trombetta (2) ha fatto delle esperienze sui conigli, dividendole in tre serie. Nella prima serie iniezioni di colture miste di batterî piogeni, cioè, allo stafilococco aureo veniva riunito ora un altro piogene soltanto (stafilococco albo), ora lo stafilococco albo e lo streptococco piogene. Nella seconda serie, iniezione di bacterî piogeni mescolati con bacterî indifferenti, fra cui venivano adoperati il subtilis, il proteus, la sarcina bianca e rosa, ed alcune volte uno solo di questi, associati con lo stafilococco, altre volte due o più. Nella terza serie iniezione di colture miste di bacterî piogeni con minimi organismi aventi un potere patogeno diverso e bene stabilito, come il bacillo del tifo, quello della tubercolosi, il pneumococco di Fraenkel.

Come risultato generale, le infezioni miste favoriscono le suppurazioni acute. I bacterî non piogeni, i saprofiti, ingenerano condizioni tali nei tessuti da rendere nuovamente virulento lo stafilococco già inattivo per invecchiamento. La virulenza dello stafilococco aureo aumenta per l'associarsi dei bacterî indifferenti. Questo aumento si manifesta con una maggiore rapidità e diffusione del processo, con una più notevole mortificazione di tessuti, come è confermato anche dalle ricerche cli-

---

(1) DUNN. « Probabile autoinfezione e osservazioni sulla batteriologia della sepsi puerperale. » *Annals of Gynaecology and Pediatry,* Luglio 1894.

(2) SERGIO TROMBETTA. « Le infezioni miste nei processi suppurativi misti. » *Morgagni,* N. 10, 1894. Vedi *Riforma Medica,* Napoli, Novembre 1894, vol. IV, pag. 600.

niche.... Invece la pio-setticemia deve la sua ragione di essere al solo stafilococco aureo.

Miranda (1), dopo avere istituito studi sperimentali per risolvere la questione dell' auto ed eteroinfezioni, è persuaso che la febbre puerperale devesi sempre ad eteroinfezione. Egli ha dimostrato con altri autori che la vagina di una donna inesplorata è priva affatto di bacteri. Secondo l'autore l' antisepsi e l' asepsi non potranno mai essere fatte da una donna incolta (levatrice) che non ha cognizione alcuna dei fatti biologici, necessari alla batteriologia ed all'igiene.

Chazan (2) in un suo lavoro recente si domanda se i principii fondamentali dell'asepsi possono essere completamente attuati nel periodo del secondamento. Egli è del parere di ritardare più che sia possibile, nelle emorragie post-partum, l' introduzione della mano entro l'utero vuoto, giacchè solo in casi eccezionali non è dato di vincer la sua atonia con manovre esterne. Crede però che il distacco manuale della placenta non possa essere sostituito da manovre esterne.

Remy (3) afferma che la endometrite puerperale può essere il punto di partenza di una metrite cronica. Detta i precetti per riconoscere un puerperio morboso. A soluzioni di continuo dei genitali interni di cattiva natura corrispondono lochi di cattiva natura (fetidi, scuri) e si ha a che fare con una endometrite settica. Una matrice invasa dai microorganismi, infiltrata di prodotti infimmatori, non avrà sempre una azione vitale tale da liberarsi da questa infiammazione, e ne deriverà una metrite post-puerperale. Ricorda come la metrite alcune volte può manifestarsi con l'abbondanza, la persistenza e la natura dei lochi. Ricorda come sintomo di congestione uterina il ritorno dei lochi rossi dopo la loro cessazione, verso il 16.° giorno di puerperio. Parla di un'altra forma di metrite per la quale le donne ricorrono solo tardivamente al medico, essendosi abituate poco per volta alla leucorrea, ai dolori alle reni, esa-

---

(1) MIRANDA. « Il parto deve essere assistito dall' ostetrico o dalla levatrice? » *Riforma Medica*, Napoli, 1894, vol. IV, pag. 238.

(2) S. CHAZAN. « Sind die Gründsätze der aseptik in ihrem vollen Umfange in der Nachgeburtsperiode durchzuführen? » *Centralbl. f. Gyn.*, N. 43-44, 1894.

(3) REMY. « Metrite post-puerperale. » *Revue Médico-Chirurgicale des maladies des femmes*, N. 11, 1894. Vedi *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, Milano, 1895, vol. I, p. 15.

cerbata dalle fatiche, dalla cattiva igiene, dagli abusi sessuali, fino ad un notevole grado di deperimento fisico.

Tarnier (1) si è occupato di risolvere la questione dell'assistenza al secondamento normale e della antisepsi delle vie genitali dopo il secondamento. Tutte le donne che hanno ricorso alla sua clinica le ha assoggettate alle iniezioni endouterine antisettiche dopo il secondamento, tanto nei casi normali che nei patologici, e la sua esperienza personale gli permette di affermare che queste iniezioni rendono i più grandi servizii purchè fatte coi migliori antisettici e con queste precauzioni: asepsi delle mani, asepsi della canula vaginale, disinfezione preliminare degli organi genitali esterni con una soluzione di sublimato; introduzione attenta della canula che non deve punto toccare le piaghe perineali, debole pressione del liquido, ecc. L'A. si serve secondo le circostanze dei seguenti disinfettanti: sublimato 1[5 0[00; microcidina o naftolato di soda 4 0[00, acido fenico 2 0[0, solfato di rame 5 0[00, permangato di potassa 1[2 0[00, acido borico 4 0[0, jodo metallico 2 o 3 0[00, jodoformio polverizzato o garza jodoformizzata.

Pinard (2) in una sua recente lezione alla clinica di Baudelocque insegnava dalla cattedra che in medicina, chirurgia ed ostetricia si può meglio prevenire lo sviluppo delle malattie che curarle. Ricorda i precetti raccomandati dal Tarnier dopo 30 anni di esperienza, ma non li accetta tutti ciecamente. L'A. p. es. degli antisettici preferisce il bioduro di mercurio in soluzione al 1 per 4000 (1[4 0[00) che il Tarnier non apprezza quanto vale. Nelle donne che stanno per partorire consiglia la *toilette* degli organi esterni, ed una iniezione vaginale allo scopo di giovare alla madre ed al feto. Crede che le iniezioni si possano (non si debbano) impunemente fare anche in gravidanza. Consiglia il riscontro in tutte le donne in travaglio senza pericolo se prese prima le dovute precauzioni dall'ostetrico e dalla levatrice (lavatura delle mani, unghie corte, ecc.) Le dita esploratrici vanno spalmate con grasso unito a sostanza antisettica. Non crede necessarie le lavande endouterine come

---

(1) S. Tarnier. « De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique (leçons professées à la Clinique d'accouchement recuillies par J. Pototcki. » In 8.° XIV, 839 p. avec fig. G. Steinheil.

(2) Pinard (Clinica di Baudelocque). « Delle cure da prestare alle donne nel puerperio. » Vedi *Riforma Medica*, Napoli, 1894, vol. 4.°, anno X, pag. 557.

pratica Tarnier e non le pratica ugualmente, ottenendo buoni risultati. Dal 1.° Gennaio all' 8 Novembre 1894 ha veduto partorire 1846 donne ed ebbe solo 3 casi d' infezione, per donne che furono ricoverate dopo lungo e strapazzato travaglio.

Rossi Doria (1) ha fatto un lavoro sull'assistenza ostetrica nelle Maternità e nell'esercizio privato, appoggiandosi specialmente sulle memorie originali di Fritsch (2), Krönig (3), Döderlein (4), Rossier (5), Leopold (6), Mermann (7), Steffek (8), Budin (9), Ahlfeld (10), Zweifel (11), Reinicke (12), Howard Kelly (13), Lepage (14), Credé e Leopold (15), Leopold e Spörlin (16). Parla delle lavande vaginali e dice come un tempo queste non erano fatte nè prima nè dopo il parto e che la mor-

---

(1) Rossi Doria. « Sull'assistenza ostetrica nelle Maternità e nell' esercizio privato dal punto di vista della puerperalità. » Supplemento al *Policlinico*, Roma, N. 5 e 6.

(1) Fritsch. « Die Antiseptik in der Geburtshülfe. » Verhandl. des Intern. med. Congresses. Berlin, 4-9 Aug. 1890. *Geb. u. Gyn.*

(3) Kroenig, l. c.

(4) Doederlein. « Das Scheidenseckret und seine Bedentung für das Puerperalfieber. » Leipzig, Bezold ed., 1892.

(5) Rossier. « Vergleichende Klinische Beobachtungen untersuchter und nicht untersuchter Geburtsfälle. » *Centralbl. f. Gyn.*, N. 14, p. 265, 1891.

(6) Leopold. « Vergleichende Untersuchungen über die Eutbehrlickeit der Scheidenauspülung bei ganz normalen Geburten und über die sogenaunte Selbstinfection. » *Arch. f. Gyn.*, vol. XLVII, fasc. 3, p. 580, 1894.

(7) Mermann, l. c.

(8) Steffek. « Bakteriologiske Begründung der Selbstinfection. » *Zeitschr. f. Geburt. und Gynäk.*, vol. XXVII, fasc. 2, p. 389, 1891.

(9) Budin. « Sur la prescription des antiseptiques par le sages-femmes. » *Revue d'Hygiène*, N. 12, pag. 106, 1890.

(10) Ahlfeld. « Differenz in Mortalität und Morbidität Zwischen Anstaltspraxis und der Praxis unter Privat verhältnissen Verhandl. der IV Versamml. der Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk zu Bonn. » *Centralblatt f. Gyn.*, N. 22, p. 436.

(11) Zweifel. « Die Desinfectionsvorschriften in den neuesten deutschen Hebammen Lehrbüchern. » *Central. f. Gyn.*, N. 47, p. 1185, 1894.

(12) Reinicke. « Bakteriologische Untersuchungen über die Desinfection der Hände. » *Centralbl. f. Gyn.*, N. 47, p. 1189, 1894.

(13) Howard Kelly. « Hand disinfection. » *The Americ. Journ. of Obst.*, N. 12, p. 1414, 1891.

(14) Lepage. « Antisepsie obstétricale. » Paris, Steinheil éd., 1888.

(15) Credè und Leopold. « Lehrbuch der Geburtsülfe für Hebammen. » Leipzig, 1892.

(16) Leopold und Spoerlin. « Die Leitung der regelmässigen Geburten und durch äussere Untersuchung. » Vol. XLV, fasc. 2, p. 339, 1894.

talità era grande; che scoperta l'origine delle febbri puerperali si fecero lavande uterine e vaginali dopo il parto; poi se ne fecero prima e dopo, poi si vide che le cose andavano meglio quando tante lavande non si facevano e si tornò all'antico sopprimendole. Oggi vi ha chi le vorrebbe ripristinare. Ricorda come in Italia fosse nominata la Commissione che doveva stabilire per le levatrici l'uso di sostanze capaci d'impedire le malattie puerperali, ma che non riuscì a nulla, ed oggi le levatrici si servono di acido borico sciolto chi sa in che acqua. Insiste sul bisogno di istruire le levatrici nell'esame esterno. Divide l'opinione di Fritsh e degli altri autori che in ogni puerpera sana si tralasci ogni trattamento locale. Ricorda le seguenti prescrizioni di Reinike per disinfettarsi bene le mani: dopo avere insaponato le mani nell'acqua calda, è necessario spazzolarle per cinque minuti nell'alcool forte e poi immergerle in una soluzione antisettica; soltanto allora si può ottenere la distruzione di qualunque germe. La disinfezione più rapida è ottenuta con la spazzolatura delle mani nell'alcool per cinque minuti. Nelle persone dalla pelle delicata si può sostituire la spazzolatura con una spugna di Loofan, ma non con l'ovatta.

L'A. critica il Martin come partigiano della evoluzione che tende a fare invadere il campo riservato alle levatrici dagli ostetrici. Accenna al lavoro di Dohrn sulla ostetricia nella pratica privata, per dimostrare sulla base di statistiche che l'influenza esercitata dall'ostetrico non è favorevole, per la fretta di operare anche quando non vi è la necessità. Ricorda un passo di Le Fort il quale vorrebbe meglio educati i medici e le levatrici. L'A. finisce invocando maggiore istruzione e moralità dalle levatrici per evitare interventi inopportuni e per osservare una scrupolosa ed efficace disinfezione, onde diminuire la morbilità e la mortalità puerperale che è ancora troppo alta.

(Continua).

RASSEGNA

W. KUPIDONOW. — **L'elettroterapia nelle peri-parametriti.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 1, 1895.

Premesse alcune considerazioni intorno alla patologia delle forme infiammatorie in quistione, al loro trattamento elettrico e agli esiti di tale trattamento, l'A. riferisce 14 casi da lui curati. In 8 casi ottenne colla galvanizzazione la *scomparsa completa* dell'essudato: in due casi ebbe guarigione completa, in altri due *quasi completa* (la cura non fu terminata), in un caso s'ebbe peggioramento in seguito all'uso imprudente di una corrente troppo intensa: un caso è ancora allo studio, ma dà le migliori speranze di ottima riuscita.

Nella maggior parte dei casi trattavasi d'essudati peri-parametrici antichi, ribelli a ogni cura. A differenza di quanto fa Apostoli, l'A. usa soltanto correnti di 16-60 M. A.: durata di ogni seduta: 3-5 minuti. Egli introdusse in vagina un corto elettrode di carbone fatto sul modello di quello dell'Apostoli e lo congiunge col polo negativo: sulle pareti addominali applica un largo anode. Per evitare ogni azione irritante sulla mucosa vaginale cambia ogni 12-16 secondi la posizione del catode introdotto, interrompendo ogni volta gradatamente la corrente. I vantaggi che si ottengono con tale metodo sono dati dall'azione assorbente del polo negativo: abbreviando le sedute si possono anche notevolmente diminuire gli effetti irritanti di esso. Dott. L. Villa.

M. TSCHERNOMORDIK (Günsburg). — **Contributo alla casuistica delle perforazioni dell'utero in seguito ad aborto criminoso.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 1, 1895.

Chiamata presso una paziente, l'Autrice notò quanto segue:

Portio ingrossata e avvicinata ai genitali esterni; lacerazioni recenti in corrispondenza dell'orificio uterino esterno: utero ingrossato, spostato verso destra, poco mobile. Nella volta vaginale posteriore e sinistra si palpa un essudato duro e dolente il cui limite anteriore non sorpassa a sinistra di tre dita trasverse l'arcata crurale. Canale cervicale permeabile al dito, che avverte inegualianza della superficie mucosa. In prossimità dell'orificio uterino interno il dito penetra senza

difficoltà in una cavità piena di coaguli sanguigni, nella quale si palpa il margine ineguale d'un corpo straniero che ricorda pei suoi caratteri un oggetto di legno: ai tentativi di estrarlo esso sfugge e si approfonda di più. Togliendo il dito, questo penetra in altra cavità che si lascia riconoscere per la cavità uterina allargata e vuota: la mucosa d'essa è abrasa da molte soluzioni di continuo, alcune delle quali interessano tutta la tonaca muscolare.

Diagnosi. — Aborto, perforazione delle pareti dell'utero — parametrite e peritonite settica. Questa diagnosi fu confermata da due medici chiamati a consulto.

La paziente, donna maritata, vorrebbe assolutamente escludere la gravidanza e l'aborto: pretende d'aver avuto l'ultima mestruazione una settimana prima e dà come causa di tutto la caduta da una scala.

Ma quando lo stato della paziente peggiorò a vista d'occhio, confessò che trovandosi gravida al terzo mese, per consiglio di una donna cercò di provocare l'aborto nel seguente modo: si mise in posizione accoccolata e, malgrado dolori atroci, introdusse nell'utero un fuso di legno, così profondamente, che quando volle estrarlo non le fu più possibile: ebbe grave emorragia, deliquio, ma per timore non rilevò alla famiglia la causa del male. L'esito letale seguì alcuni giorni dopo.

Dott. L. Villa.

A. A. ANUFRIJEW. — **Contributo alla casuistica dei tumori degli organi genitali esterni femminili.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 1, 1895.

Nel caso esposto dell'A. si trattava di un lipoma sviluppatosi nell'estremo inferiore del grande labbro sinistro (in seguito a trauma?) Fu estirpato: s'ebbe guarigione *per primam* e la gravidanza in corso non fu punto turbata.

Dott. L. Villa

Dr. E. MASING. — **Zur Casuistik der diffusen Osteomalacie** (*Contributo alla casuistica della osteomalacia diffusa*). — *St. Petersb. medic. Woch.*, N. 3, 1895.

È la storia molto particolareggiata di un'inferma tenuta per molti anni in osservazione da parecchi medici. La diagnosi della malattia non fu mai posta in modo assoluto: però alcuni dei sintomi prevalenti avevano fatto supporre si trattasse dell'associazione di forme isteriche. All'autopsia (la causa della morte fu una polmonite lobulare intercorrente), i fatti più importanti messi in rilievo e che valsero per ciò a determinare la diagnosi anatomica furono le note di un'*osteomalacia diffusa a tutte le ossa, di grado medio.*

Il grado del processo era caratterizzato dal colore del midollo delle ossa, an-

cora rosso, e dalla consistenza d'esso ancora normale: inoltre lo strato corticale della sostanza ossea appariva assottigliato e rammollito, ma solo parzialmente distrutto.

Disgraziatamente, non essendosi sospettata durante la vita l'esistenza di tale processo morboso, la storia manca di molti dati che uno studio di esso avrebbe necessariamente richiesto: sopratutto è a lamentare che non si siano fatti gli esami uroscopici relativi. Ma l'A. credette di dover fare la sua esposizione appunto per dimostrare che la diagnosi di un'osteomalacia diffusa, di grado medio, può essere difficilissima quando, oltre alla sintomatologia proteiforme e complicata dei sintomi propri di altri processi, v'ha la mancanza dei più importanti dati eziologici. La nostra inferma aveva 60 anni ed era nubile. Dott. L. Villa.

J. KLAUSINSKAJA. — **Bericht des VI « städtisticher Gebärasyles in Warschau »** (dal 1 Novembre 1887 al 1 Gennaio 1894) *(Rendiconto del 6.° asilo per partorienti in Varsavia).* — *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 1, 1895.

Complessivamente 1266 parti. Intervento operatorio in 205 casi = 16.2 %. Puerperio normale in 1065 casi. Rialzo termico fino a 38° in 95 casi = 7.5 %. Affezioni puerperali 32 = 2.5 %. Procentuale della mortalità generale: 0.16 delle morti, per sepsi: 0.08. Mortalità complessiva dei feti: 5.9 %.

Dott. L. Villa.

Dr. J. DUNCAN EMMET. — **L'operazione di Emmet per le lacerazioni del collo dell'utero; scopo e limiti.** — *The Am. Jour. of Obst.,* Aprile 1895.

L'A. crede opportuno riferire su questo atto operativo sia coll'esporre i risultati della esperienza personale sull'argomento, sia per comunicare i criteri dell'inventore col quale trovasi in stretti rapporti.

Per il felice esito dell'atto operativo necessita secondo l'A. che:

1.° si tolgano tutti i tessuti anomali e quindi cicatriziali che circondano la lacerazione;

2.° di mantenere la continuità della mucosa del canale cervicale;

3.° che la sutura riesca completa non lasciando cioè parti cruentate non riunite;

4.° che i nodi di ciascun punto di sutura siano così stretti da far combaciare perfettamente i margini delle parti cruentate.

È importante punto nella tecnica quello di mettere l'ammalata nella posizione del Sims; in secondo luogo l'opportunità, secondo l'A. (che non credo possa da tutti essere condivisa) di usare nella sutura il filo d'argento.

Scopo dell'operazione si è di evitare le ulcerazioni e le infiammazioni croniche che conseguono a tali lacerazioni.

A tale riguardo l'operazione dell'Emmet costituisce un utile intervento *conservatore* da sostituirsi sempre ove sia possibile alla cervicectomia, intervento *demolitore*. La ricostituzione poi del collo nelle pristine condizioni anatomo-fisiologiche, riesce non poco utile anche per la statica dell'utero. Bossi.

ELIZABET REIFSNYDER (Shanghai, China). — **Some remarks on abdominal Surgery in China** *(Alcune osservazioni sulla chirurgia addominale in China). — The Americ. Journal of Obst.*, Aprile.

La chirurgia addominale in China trovasi tuttora assai indietro, non venendo essa esercitata che nelle città di mare libere e per opera solo di sanitari stranieri, ciò per pregiudizii e strane leggi religiose esistenti nel Celeste Impero.

L'autrice però crede che fra un decennio anche colà la chirurgia addominale avrà fatto discreto progresso. Le sezioni chirurgiche negli ospedali sono frattanto troppo piccole per ammettere tutte le richiedenti.

Abbondano in China i cancri del seno e dell'utero, ma le pazienti non si presentano mai se non a stadio assai avanzato.

Frequentatissimi sono gli ambulatorii ginecologici, poichè abbondano le forme ginecologiche anche nelle donne chinesi.

La sterilità è assai frequente ed è causa di molte infelicità per le leggi colà esistenti.

Abbondano pure, quali conseguenze del parto, gli spostamenti uterini e le subinvoluzioni uterine.

Molti casi di tumori cistici della ovaia l'A. vide; le pazienti però non si fanno operare se non quando vi ha assoluta necessità.

Il maggior numero di laparotomie venne praticato a Canton dove dal 1872 ad oggi se ne fecero 14, di cui 11 del dott. John Kerr, le altre tre dalla dottoressa Maria Niles. In dieci trattavasi di cisti delle ovaia. Negli altri porti uno, o due, o tre casi al più. Nel Margaret Williamson Hospital se ne riportano 7 casi dal Maggio 1891 ad oggi; una venne fatta nel 1883 prima che si aprisse l'ospedale, e sarebbero così otto.

Il pregiudizio più grave che ostacola il progresso della chirurgia addominale si è che morendo sotto l'operazione la paziente viene involata dallo spirito del male.

L'A. riferisce su una paziente la quale teneva una grande cisti; fu punta da un chinese, ma ritornato il liquido si preparò la veste mortuaria. Se nonchè questa poi più non serviva stante il crescere sempre maggiore del volume. La paziente allora si lasciò operare e venne tolta una cisti del contenuto di 18 chilogrammi.

Riferisce pure su altro caso, ragazza di 23 anni, a cui si levò un tumore cistico del peso di 40 chilogrammi (!?). Riporta le fotografie di tale caso prima e dopo l'operazione. Bossi.

How often is the menopause induced by removal of one ovary? (*Con quale frequenza la menopausa è indotta dalla rimozione di un solo ovaio?*) — *The Amer. Journ. of Obstetr. and diseases etc.,* Aprile 1895. Correspondence.

Il dott. I. L. Stone rivolge tale domanda alla redazione dell'*American Journal* perchè desidererebbe conoscere dai ginecologi quanto è loro accaduto per rapporto ai mestrui dopo l'ablazione di un solo ovaio.

Una signora di 33 anni dopo la estirpazione di un solo ovaio cessò di essere mestruante. Chiedesi quindi con quale frequenza le ovaie, sane in apparenza, sono senza funzionalità.

Nei giornali americani non è infrequente il leggere queste « correspondences » le quali riescono assai opportune per sciogliere molti quesiti a base specialmente di statistica. Già vidi anche nei nostri giornali messo in pratica qualche volta tale mezzo, ma converrebbe che maggiormente l'uso di esso si diffondesse.

Bossi.

Dr. MATTHEW MANN. — **Perforation of the uterus after abortion with prolapse of intestine** *(Perforazione dell' utero dopo l'aborto con prolasso dell'intestino). — The Am. Journ. of Obst.,* Maggio 1895.

L'A. riferisce anzitutto un caso nel quale si trattava di paziente che al terzo mese di gravidanza si introdusse nell'utero una sonda con stiletto per provocarsi l'aborto e si perforò il fondo dell'utero. Il medico chiamato per assistere all'aborto, non essendosi di ciò accorto ed avendo proceduto all' estrazione dell' ovulo, colle pinze tirò in vagina una discreta porzione di intestino tenue. Constatato il fatto fu chiamato l'A., il quale rapidamente procedette alla laparotomia. Nel cavo addominale eranvi grumi di sangue non in grande abbondanza; l' intestino era lacerato ma non fuoruscivano feci; un tratto di mesenterio era pure lacerato. Su-

turò l'intestino, suturò con sei punti di catgut l'utero, praticò una buona toilette addominale e chiuse l'addome. L'ammalata guarì.

A questo caso l'A. ne aggiunge altri due di altri sanitarii americani, in entrambi i quali l'utero venne perforato dai medici stessi nel dilatare e raschiare l'utero dopo l'aborto, ed in cui pure fu stirato l'intestino in vagina (in uno un metro e 80 cent. di tenue!). Entrambe le pazienti morirono.

Ed un quarto ne aggiunge del dott. Alberti, nel quale fu perforato l'utero dopo l'aborto col cucchiaio raschiatore, e fu pure tirato in basso l'intestino. La laparotomia salvò questa quarta paziente.

Questi fatti riferisce l'A. per mettere in guardia i sanitarii sulla facilità di perforare l'utero dopo l'aborto, e per sostenere l'utilità di intervenire il più rapidamente possibile colla laparotomia in tali casi. Bossi.

S. C. AYRES (di Cincinnati, Ohio). — **The relation of uterine diseases to functional and organic ocular diseases** *(Sui rapporti fra le malattie uterine e le alterazioni funzionali ed anatomiche degli occhi). — The Am. Journ. of Obstetr. and diseases,* Maggio 1895.

L'A. ritiene esservi frequenti forme di papillite e neurite, di congiuntivite, di blefarite, di ristrettezza nel campo visivo, di difetto nella percezione dei colori, di erpete della cornea, di astenopia, ecc., dipendenti dai periodi mestruali, specialmente quando questi non siano regolari, dalle gestazioni, dallo sviluppo e dalla menopausa. Egli concluderebbe dicendo: « Le più alte autorità nel campo dell'oculistica credono esistere rapporti di fatto fra le malattie uterine e quelle dell'occhio. Non potremmo noi avere la cooperazione anche dei ginecologi nello studio di questo argomento tanto interessante ed ancora così oscuro? » Bossi.

A. B. RICHARDSON. — **Hysteria.** — *The American Journal of Obstet. and diseases,* Maggio 1895.

L'A. ritiene che l'isterismo non abbia di comune coll'utero che il nome. Tale forma avrebbe secondo l'A. la sua base nel cervello, che ne fornirebbe l'essenza e le modalità. (It has a connection with the uterus only in name, no further. The brain is its habitant, etc. The type of brain is its essence and furnishes its potentiality).

Soventi l'isterismo è ereditario; esso poi si presenta in particolar modo nei soggetti molto emozionabili, ed in quelli in cui non siavi il giusto equilibrio fra

le estrinsecazioni psichiche e le fisiche. Esso si presenterebbe più frequentemente nel sesso femminile (l'A. riterrebbe 26 volte più che nell'uomo) perchè alla donna incombe la perpetuazione della razza e di necessità un maggior sviluppo della emottività.

Tutte le gradazioni e la sintomatologia dell' isterismo si notano d' altronde anche nell' uomo.

L'eccesso di eccitamento e di lavoro sia psichico sia mentale non seguito da equivalente reintegrazione delle forze è la causa principale dell' isterismo.

Base della cura dell'isterismo sarebbe il togliere tutte le cause di eccitamento e di esaurimento del sistema nervoso e lo stabilire un giusto equilibrio fra la resistenza dell'organismo e il lavoro che gli si impone. Bossi.

BIBLIOGRAFIA

Geburtshülfe und Gynäkologie. — II Band der Arbeiten uus der K. Frauenklinik in Dresden von Pr. Dr. G. Leopold, 1895.

È questo un secondo volume di lavori eseguiti nella clinica di Dresda nel 1892 e 1893. In esso dapprima il prof. Leopold dà in modo riassuntivo notizie intorno al movimento clinico del suo istituto, e al modo col quale vi è impartita l'istruzione; quindi riporta le regole seguite nell'assistenza ai parti e nella cura delle puerpere. Segue poi la serie dei lavori speciali di cui il primo è quello di

W. FRANKE. — **Enges Becken und spontane Geburt** *(Bacino ristretto e parto spontaneo).* — Questo lavoro, dopo quelli già usciti dalla medesima clinica sulle operazioni nei bacini ristretti, viene a completarne lo studio esaminando l'altro lato della questione, poichè l'A. si propone di dare uno sguardo critico ai parti che avvennero spontaneamente in bacini ristretti, per vedere quando si può attendere il parto spontaneo, e quali ne sieno gli esiti per la madre e pel feto comparandoli a quelli dei parti operativi o in cui sia stato impiegato il colperuinter. Il materiale preso in esame è quello della clinica del prof. Leopold dal 1.° Gennaio 1892 alla fine del Luglio 1893: si tratta di 2512 parti di cui 610 con bacino ristretto (24.3 %). Ritiene ristretti i bacini con cm. 9 $^1/_2$ di C. V. e se non venne presa la C. D. quelli con meno di 18 cm. di C. E., più quei bacini che pur avendo 18 cm. e più di C. E. presentano altre misure così ridotte da far ritenere ristretti uno o più diametri: nei casi dubbi prese in considerazione anche l'andamento del parto. Dei 610 parti presi in esame 424 (69.5 %) decorsero spontaneamente, in 140 (22.95 %) si intervenne operativamente, in 46 (7.53 %) si impiegò il colperuinter.

Dai 424 parti spontanei, l'A. detrae quelli nei quali il feto pesava meno di 2500 gr. e la cui lunghezza era inferiore ai 46 cm., come pure dai parti operativi detrae quelli nei quali l'intervento fu reclamato per altre cause (eclampsia, placenta previa). Sono così presi in esame 375 parti spontanei e 89 operativi: dalle tabelle date si può osservare come si giunse ad avere il parto spontaneo in bacini ristretti con 7 cm. di C. V.

Per rispetto alla prognosi divide le primipare dalle pluripare, nelle prime si ebbe il 32 % dei parti spontanei e il 38.2 % degli operativi, nelle seconde il 48 % dei parti spontanei e il 61.8 % degli operativi. Per la durata del travaglio nelle primipare si ebbe un minimo di ore 1.25', un massimo di ore 65, una media di ore 18.17'; per le pluripare un minimo di ore 1.20', un massimo di ore 69.40', una media di ore 11.49'.

Nelle primipare la media del peso dei bambini è di gr. 3057; 26 però (13.3 %) superano i 3500 e 1 pesava gr. 4080: per questi bambini di peso superiore alla media si ebbero due madri con C. V. di cm. 8,3, una con cm. 8 ½ e una con cm. 9.

Nelle pluripare i feti in media pesarono gr. 3253, 46 (23.2 %) superarono i 3500 di cui 6 oltre i 4000 gr. Nelle primipare ebbe 4 morte (2 %), 12 puerperi morbosi (6.18 %); nelle pluripare nessun caso di morte e sole 4 puerpere con leggeri rialzi febbrili (2.21 %).

Pei feti delle primipare, 4 nati fortemente asfittici (2.05 %) soccombono dopo il parto; pei feti delle pluripare 5 vengono a soccombere, tre di essi però per lue ereditaria.

La mortalità materna negli interventi operativi fu del 2.3 % (di fronte alla complessiva 1.06 % delle primipare e pluripare con parto spontaneo); la morbilità del 25.8 %, di fronte alla complessiva 4.3 % dei parti spontanei.

Pei bambini, tolti 19 in cui si praticò la craniotomia si ebbero, nei 70 rimanenti, 46 vivi, 16 nati morti, 8 morti nel primo giorno di vita.

Fra le conclusioni l'A. ammette che tanto nelle primipare che nelle pluripare il parto spontaneo può avvenire con C. V. ristretta fino a 7 cm. A condizioni buone della madre e del feto si può attendere quando il feto abbia colla grande circonferenza cefalica superata la linea innominata; a dilatazione completa e testa mobile con C. V. di 7 a 8 cm., non conviene attendere troppo per non lasciar passare il tempo opportuno pel rivolgimento e l'estrazione. Con C. V. di più di 8 cm. e testa ancora mobile si può attendere sorvegliando nel caso sopravenissero complicazioni che controindichino una ulteriore attesa.

G. LEOPOLD. — **Typische Wochenbettscurven** *(Curve tipiche puerperali).* — Le osservazioni dell'A. si sono svolte su 10000 puerpere nel periodo di otto anni, ed i tracciati che presenta sono scelti, ciascuno di essi, da molti altri tracciati simili. Venne presa in considerazione la temperatura ed il polso materno e le variazioni di peso del neonato nei primi nove giorni, e ciò tanto nei puerperii normali che patologici, e in questi casi cercò di dimostrare la causa delle modificazioni del polso e della temperatura, istituendo anche esami microscopici e ricerche bacteriologiche dei secreti vaginali e dell'utero. Le forme morbose prese in esame sono l'angina, l'anemia, l'eclampsia, l'edema dei genitali esterni, le lacerazioni vagino-perineali, la ritensione di residui di membrane, e il ristagno dei lochi, le forti infiammazioni, le ulceri puerperali del collo e dell'uretra (diplococchi

e stafilococchi), la presenza di gonococchi nel secreto del collo, di stafilococchi e gonococchi in vagina e stafilococchi nel collo, degli streptococchi nell'utero, la peritonite, l'endometrite, la setticemia, la trombosi e l'embolia.

L'A. dopo aver preso in esame le curve ottenute in ciascuno dei casi suaccennati, viene a conclusioni generali che riassumerò brevemente. Nei puerperi normali nei primi 12 giorni la temperatura oscilla fra i 36°. 5 e i 37°. 5, il polso fra 60 e 80; tanto migliore è la prognosi quanto più le due curve decorrono parallele e lontane: nei primi 9 giorni se la temperatura è subnormale e il polso molto lento (42) la prognosi è buona; nei primi 9 giorni a temperatura normale se il polso sale a 90 o 100 la prognosi deve essere riservata. Nella tensione delle mammelle solo il polso accelera, la temperatura rimane normale, non esiste febbre del latte. Alzandosi presto (3.° giorno) il polso si accelera (90, 100), la temperatura rimane normale. Nelle lievi angine solo il polso, nelle gravi aumentano polso e temperatura. Nelle forti anemie con temperatura normale il polso sale a 100. Nell'eclampsia *post-partum* la curva assomiglia a quella dell'anemia, si differenzia per la temperatura più elevata nel primo giorno di puerperio.

Nelle lesioni dei genitali esterni il polso si accelera, rimanendo normale la temperatura. Segue poi la serie delle curve riferentisi alle varie forme di infezioni puerperali che qui sarebbe troppo lungo riferire in esteso: in molte di esse, quando cioè il focolaio di infezione può essere raggiunto, risulta evidente il benefico effetto dell'intervento curativo disinfettante.

Dott. MAHLER. — **Thrombose, Lungenembolie und plötzlicher Tod.** *(Trombosi, embolismo polmonare e morte improvvisa).* — L'autore in un breve capitolo di introduzione dà la ragione delle sue ricerche che si riferiscono tanto a puerpere che a donne che subirono operazioni ginecologiche. Egli dice che il punto capitale delle profilassi dell'embolismo polmonare sta in una diagnosi della trombosi fatta in tempo. Questa se è facile in alcuni casi (per l'edema e dolori degli arti inferiori), diventa difficilissima se ha colpito le vene profonde dell'arto inferiore o le vene del bacino.

Dallo studio di un certo numero di casi egli potè rilevare che nella trombosi le curve della temperatura e del polso presentano delle note caratteristiche sulle quali si può basare la diagnosi.

Segue quindi un capitolo sull'anatomia patologica nel quale l'A., ricorda dapprima vari lavori già pubblicati, per esporre quindi le cause che danno origine alla trombosi che sono le alterazioni delle pareti vasali, le alterazioni di circolo, le alterazioni del sangue. Viene quindi ad esaminare, colla scorta dei diversi autori, quando e come queste varie alterazioni si verificano sia nelle puerpere che in donne colpite da affezioni ginecologiche; l'utero e gli annessi sono il punto di origine della trombosi che si estende alle vene del bacino, come pure l'affezione può iniziarsi nelle grosse vene del bacino e delle estremità inferiori; esamina poi l'organizzazione del trombo.

Un terzo capitolo si riferisce alla diagnosi e ai sintomi: il più delle volte l'edema, il dolore, il rilievo di cordoni duri lungo il decorso delle vene sono indizi sicuri della trombosi degli arti; ciò non avviene per le vene del bacino. Riporta sotto forma di tabelle le storie cliniche di 22 casi di trombosi (10 di ostetricia, 12 di ginecologia).

Seguono poi le storie cliniche e il dettagliato esame delle relative curve della temperatura e del polso per dieci casi da cui si rileva che in caso di trombosi, la curva del polso dimostra che questo si accelera, ed il salire della curva è graduale e continuo, mentre la curva della temperatura si mantiene normale. L'acceleramento del polso raggiunge il suo massimo quando compare l'edema, e gli indurimenti trombotici, o i fenomeni polmonari; allora si innalza anche la temperatura. Ma mentre nelle prime ore la temperatura si abbassa, il polso si mantiene frequente ancora per qualche giorno.

Seguono infine alcune norme profilattiche curative per la trombosi e l'embolismo polmonare.

KARL JUD. — **Zur Lehre von der Lebensthätigkeit unzeitig geborener menschlicher Früchte** *(Sulla dottrina delle manifestazioni vitali dei feti umani nati immaturi).* — L'A. premesso che le conoscenze intorno a questo argomento sono molto scarse, ricorda come sia ritenuto in ostetricia che il limite inferiore dello sviluppo del feto perchè possa vivere di vita extrauterina sia quella di 28 settimane di gravidanza. Però anche nella vecchia letteratura si trovano raccolti casi di feti espulsi prima della 28.ª settimana che poterono vivere un certo tempo. Passando in rivista la letteratura raccoglie 32 casi di feti che diedero manifestazioni vitali e che vennero partoriti due nella 27.ª settimana, quattro nella 26.ª, due nella 24.ª, due nella 22.ª, due nella 21.ª, tre nella 20.ª, una nella 19.ª, sei nella 16.ª, due nella 15.ª, quattro nella 13.ª, uno nella 11.ª, uno fra l'8.ª e la 9.ª, una nella 6.ª e infine uno nella 3.ª Viene quindi l'A. ad esaminare pei diversi casi raccolti, le manifestazioni vitali che sono: l'attività del cuore, la respirazione, la nutrizione, l'influenza dei mutamenti della temperatura, l'apparato locomotore, la sensibilità, l'accrescimento, e conchiude che l'attività cardiaca e polmonare funzionano al più presto verso la 20.ª settimana in modo da rendere possibile la vita del feto; solo in quell'epoca si ha una attività digerente tale da rendere possibile la nutrizione: il ricambio materiale non è ancora, alla 20.ª settimana, così energico da dare una produzione di calore bastevole per la vita extrauterina; la mobilità e la sensibilità compaiono molto prima, ma esse non sono da prendersi in considerazione per rapporto al giudizio della possibilità di vivere dei feti.

Riporta poi sette nuove osservazioni in cui la gravidanza era giunta una volta alla 18.ª settimana, una alla 21.ª, due alla 24.ª e una alla 26.ª: tre volte si trattava di gravidanza gemellare; e dall'esame di questi casi e degli altri riportati dalla letteratura e che non differiscono dai nuovi pei risultati, l'A. conclude che il termine minimo per la possibilità di vita del feto immaturo deve ritenersi la 20.ª settimana di gravidanza. L'attività cardiaca si può già osservare alla 3.ª settimana, la respirazione alla 18.ª, mobilità e sensibilità compaiono molto prima della respirazione: l'attività digerente compare alla 20.ª settimana, ma i processi di ossidazione e quindi la produzione del calore non sono sufficenti alla vita del feto. Da questi dati ritrae il corollario pratico che ogni bambino che respiri, il cui cuore si contragga e che si muova è atto alla vita e che bisogna solo cercare di impedire la dispersione del calore e di supplire alla insufficiente sua produzione.

C. LEOPOLD. — **Die Diagnose des Placentarsitzes in der Schwangerschaft und während der Geburt** *(La diagnosi della sede della placenta*

nella gravidanza e durante il parto). — L'A. in occasione di un taglio cesareo occorso nel suo istituto ed in cui aveva fatto osservare la direzione delle tube per diagnosticare la sede della placenta, dice che questa diagnosi egli la basa sul seguente dato: se le tube decorrono lungo la parete anteriore dell'utero convergendo, la placenta è situata posteriormente, ma se docorrono ai lati dell' utero parallele all'asse longitudinale del corpo, allora la placenta trovasi in avanti. Il fare questo diagnostico ha importanza pratica sia per l'operatore poco provetto, mettendolo in guardia in occasione di un taglio cesareo, sia per la direzione in cui si deve spingere la sonda nella provocazione del parto per evitare le emorragie da distacco di placenta. Passa in rivista i diversi autori che cercarono di determinare la sede della placenta; quindi dà due tabelle, una di tagli cesarei conservatori (45 casi), l'altro di demolitori (12 casi), uno per eclampsia eseguiti nel suo istituto, segnando la sede della placenta e il decorso delle tube. Seguendo il suo criterio, che era anche stato messo avanti dal Bayer, l'A. su 38 volte, dopo l' esperienza dei primi 15 casi di taglio cesareo, in cui fece diagnosi della sede della placenta prima di praticare l'incisione dell' utero, potè constatarne l'esattezza 36 volte. La ragione del dato messo avanti si trova facilmente nella maggiore espansione ed incurvamento di quella parete uterina su cui è inserta la placenta, quindi minore sviluppo dell'altra parete uterina verso la quale sono spinte le tube. Dà l'A. le norme per rilevare questi dati e che riesce facile su donne pluripare con pareti addominali sottili durante la contrazione uterina.

G. LEOPOLD. — **Ueber Verletzungen der Nabelschnurgefässe bei spontaner Geburt. Tod des Kindes** *(Sulle lesioni dei vasi ombellicali nel parto spontaneo. Morte del feto).* — Le anomalie dei vasi del cordone ombellicale potendo dare la morte del bambino, acquistano importanza anche pel medico pratico. Riferisce quindi alcuni casi occorsi e prima riporta quello del Westfalen in cui la rottura di una arteria ombellicale diede la morte al bambino per emorragia. Narra quindi un caso a lui occorsogli nel 1885, in cui si aveva la placenta bipartita con inserzione velamentosa del cordone, e alla rottura delle membrane si ebbe la lacerazione di un vaso decorrente in esse il che portò più tardi la morte del bambino per anemia, prima che si espletasse il parto. Altri due casi occorsero ultimamente all'A.; in entrambi si trattava di inserzione velamentosa in cui alla rottura del sacco si ebbe lacerazione dei vasi: in uno dei casi impiegò il colperuinter ed ebbe un bambino vivo, nell'altro caso il bambino morì. Dimostra possibile la diagnosi del decorso anormale dei vasi sulle membrane, e in base a ciò come mezzo profilattico è utile impedire coll' uso del colperuinter la precoce rottura delle membrane, il che impedirebbe la pronta estrazione del feto, mezzo atto a salvargli la vita.

I. Clivio.

(Continua).

ERRATA-CORRIGE

al lavoro del prof. LEOPOLD

« *I risultati prossimi e remoti dell'isterectomia vaginale per carcinoma* »

				ERRATA	CORRIGE
Pag.	360,	*riga*	28,	nuovo	civico
»	363,	(Tab. I, N. 9)		conseguente ulcerazione.	conseguente ad ulcerazione.
»	454,	*riga*	18,	frutto	fatto
»	»	»	27,	della medesima	delle medesime
»	457,	»	2,	le legature dei ligamenti	le legature
»	»	»	3,	origine	porzione vaginale
»	460,	»	19,	sempre e in	sempre in
»	465,	»	2,	rapporto alla	rapporto tra
»	475,	»	15,	rene	bene
»	476,	»	34,	quella	quello
»	477,	»	27,	veduto	creduto
»	»	»	30,	stralciato	tralasciato
»	»	»	36,	al	il
»	479,	»	9,	tamponate	tamponata
»	»	»	22,	Però il primo operatore	Però prima l'operatore
»	»	»	39,	cervicale	vaginale
»	480,	»	19,	merli	merliforme
»	»	»	22,	rami	vani

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVII. Settembre 1895. Num. 9.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretto dal Prof. Comm. Domenico Tibone

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
21 OCT 95

Contributo all'eziologia della presentazione della faccia

PER IL
Dott. ROBERTO MUGGIA
ASSISTENTE VOLONTARIO

Lo studio delle cause è sempre stato l'oggetto principale degli osservatori, perchè, fatta astrazione dalle difficoltà maggiori, presenta pure la maggiore importanza, il maggior interesse, la maggiore attrattiva non solo in fisio-patologia, ma in qualunque ramo dello scibile umano. Si capisce quindi che anche avuto riguardo a certi argomenti di minor rilievo, alla presentazione della faccia, l'eziologia sia stata sviscerata nei minimi particolari ed ampiamente svolta. Parrebbe dunque cosa a voler poco dire superflua l'aver io scelto un tema dei più ardui senza dubbio, intorno al quale si provarono gran copia di rinomati autori. Tuttavia, se si pensa che in biologia qualunque manifestazione, qualunque fatto è tanto vario che offre ognora vari punti di disamina, questo si può meglio affermare in materia di clinica e quando si considerino più casi appartenenti tutti ad un dato ordine di fenomeni. Inoltre, malgrado le più diligenti, estese e minute ricerche, nel nostro tema vi sono ancora molti punti oscuri. E così nella speranza di un lavoro non del tutto inutile ho accolto volentieri la proposta del dott. Giuseppe Vicarelli, aiuto alla clinica ostetrica di Torino, di portare un modesto contributo all'eziologia della presentazione di faccia, analizzando i casi relativi che occorsero in questo Istituto dal 1.° Gennaio 1881 al 6 Febbraio del 1895. L'ho accolta tanto più volentieri perchè nella clinica del prof. Tibone

se i casi normali sono costantemente con ogni cura seguiti, ciò si fa maggiormente per quelli che entrano nell'orbita del patologico e del raro. Sento perciò il dovere e il desiderio più vivo di ringraziare entrambi i miei maestri che, coi loro consigli, col pormi sotto mano la ricca raccolta libraria dell'Istituto e col mettere a mia disposizione il prezioso materiale necessario, mi diedero agio di compiere questo lavoro.

Ho raccolto 41 casi di presentazione di faccia, che sottopongo all'esame del benevolo lettore nelle riunite tabelle; li ho studiati in modo sintetico, rapportandomi alle cause conosciute di questa presentazione; mi sono fermato qua e là singolarmente dove parvemi più opportuno e più degno di considerazione; ho tratto le conclusioni essenzialmente su base statistica: questa base parmi ancora oggidì la più sicura, la più naturale, la più semplice.

Divido in tre parti il mio studio: nella prima riunisco le cause generalmente ammesse dai principali trattatisti; nella seconda faccio un confronto fra le statistiche più autorevoli e la mia; le statistiche altrui vennero riportate specialmente dal « Manuale d'Ostetricia » Müller (Küstner: Gesichtslagen). Nella terza dò in riassunto le principali cose trovate e le conclusioni.

* * *

Le presentazioni di faccia sono conosciute fin dal principio del XVII secolo (Guillemeau, 1609) e fin da tale epoca data lo sforzo degli ostetrici di ricostrurne l'eziologia. Il Winckel raccolse più di trentatre ipotesi prima del 1869: ad esse altre se ne aggiunsero. Il fatto è (Ahlfeld) che l'origine della presentazione di faccia non poggia sopra un momento unico. Alcuni sono soltanto predisponenti e fanno sentire la loro azione al sopravvenire di una circostanza occasionale, altri determinanti. Effetto di tutti gli immaginabili momenti è l'alterazione dell'atteggiamento normale del feto: il mento dapprima avvicinato al petto se ne allontana e la cifosi della colonna cervico-dorsale così caratteristica della vita intrauterina fino all'espulsione del capo, si trasforma in lordosi anzi in una vera iperlordosi.

L'Auvard dà la frequenza relativa della presentazione di faccia nella proporzione di 1 a 250 parti. Ne studia le cause successivamente

nel *bacino, utero, feto, annessi ovulari* ed infine negli *accidenti* o *traumatismi.*

I. *Bacino.* — Uno stringimento di bacino o tumore pelvico rendendo difficile o impossibile l'impegnarsi della testa fetale, questa resta più a lungo mobile sullo stretto superiore ed esposta ai mutamenti della presentazione. Se la testa si estende abbiamo la presentazione di faccia o fronte.

II. *Utero.* — Per l'accomodamento normale in P. V. è necessario un utero che abbia una sufficiente resistenza con una forma ovoidale a piccola estremità in basso. Qualunque alterazione di forma è causa di presentazione viziosa. Agisce in questo senso la multiparità che porta un rilasciamento della parete uterina e di quella addominale, che raddoppia e sostiene la prima: il feto resta mobile fino al momento del parto e può essere fissato in presentazione difettosa.

Le *inclinazioni laterali* o *anteriori* dell'utero portano con sè il feto nella deviazione e l'asse di quello non corrisponde più al pelvico, onde difficoltà dell'impegno e mobilità del feto come nei restringimenti pelvici. D'altra parte l'inclinazione fetale modifica la direzione della pressione esercitata dalla rachide sulla testa: vale a dire, essendo quest'ultima articolata in modo sulla colonna vertebrale che la punta dell'occipite e del mento siano ad eguale distanza dal foro vertebrale, se la direzione della pressione viene modificata in modo da essere portata preferibilmente verso il mento, la testa si deflette ed avremo la presentazione di faccia.

La *bifidità dell'utero* porta pure a tale conseguenza fissando il podice dal lato opposto a quello dell'occipite.

I *tumori uterini* (fibromi) o delle vicinanze alterano la forma normale dell'organo gestatore e divengono sorgente di presentazione viziosa.

III. *Feto.* — Ogni causa che ne alteri la forma sia diminuendone il volume sia la resistenza; onde la *morte* del feto che *dati da* un certo tempo, la *piccolezza* del medesimo e l'*idrocefalia.* Tra i tumori abbiamo quelli del collo e dell'occipite che portano la deflessione della testa e ne ostacolano la discesa.

Tra le cause eccezionali: le *retrazioni* muscolari (torcicollo congenito). L'influsso delle *gravidanze* multiple e delle *mostruosità* non ha bisogno di essere dilucidato.

IV. *Annessi ovulari.* — La *placenta previa* impedisce l'impegno

del vertice e favorisce il vizio di presentazione; l'*idramnios* distende oltre misura l'utero ed annienta le leggi dell'accomodamento fetale; i *giri circolari* del cordone attorno al collo impediscono la flessione del capo.

V. *Traumatismi.* — Per quanto la loro influenza sia ovvia, agiscono in via eccezionale.

L'Auvard distingue ancora le presentazioni di faccia in *primitive,* che si hanno durante la gravidanza e *secondarie* che si formano durante il travaglio; ammette come regola le secondarie.

Lo stesso devo dire dello Schröder, il quale senza diffondersi molto sull'eziologia della presentazione di faccia, dà la massima importanza nel suo meccanismo di produzione alle obliquità uterine e corrispondentemente fetali. Tale meccanismo, conosciuto dai tedeschi sotto il nome di *teoria dello Scanzoni,* è il seguente. A travaglio iniziato, l'utero colle sue contrazioni tende a raddrizzare il suo contenuto, quindi se il feto ha il dorso rivolto in alto verso il fondo uterino, da parte dell'occipite le resistenze a questo raddrizzamento sono più forti: avviene così la deflessione e durante le successive contrazioni si definisce sempre meglio la presentazione di faccia. Per capire questa proposizione è necessario avvertire che il feto ha un atteggiamento obliquo nella cavità uterina e che la contrazione dell'utero, diminuendone il diametro trasverso, ha per effetto di trasformare la disposizione obliqua del feto in longitudinale. Tale trasformazione si fa nel seguente modo (Schröder): la parte fetale più elevata, nel maggior numero dei casi la pelvi, viene portata verso il fondo dell'utero, al contrario la parte più bassa (testa) viene spinta verso lo stretto superiore. Se questo cambiamento da posizione obliqua in longitudinale incontra delle difficoltà a farsi, ecco ciò che deve succedere. Se il dorso del feto guarda in basso verso il bacino, una volta che le contrazioni uterine hanno sollevato la pelvi verso il fondo, l'altra parete dell'utero, verso la quale guarda la testa, deve far sentire la sua influenza premente specialmente sul bregma: la curvatura del feto sopra sè stesso aumenta e il mento s'applica con forza sopra il petto. Ma se invece il dorso è volto verso il fondo dell'utero e l'addome verso lo stretto superiore, sollevate che siano in alto le natiche, la pressione esercitata dalla parete verso cui è volta la testa cadrà specialmente sull'occipite e lo arrovescerà verso la colonna vertebrale. Ora mentre l'occipite s'appoggia contro la parete uterina, la testa, per la pressione che in alto

trova la pelvi, è spinta più in basso. La parte che discenderà sarà il bregma, quantunque la forza agente cada più vicino all'occipite e questo perchè sul braccio di leva più corto (occipite) cade una resistenza considerevole, mentre su quello più lungo (bregma) la resistenza è quasi nulla. Per questo il mento può, favorendolo le circostanze, allontanarsi tanto dal petto, che il diametro della testa il quale ora s'impegna nello stretto superiore (diametro che va dal mento alle vicinanze della grande fontanella), si trova diviso dalla forza agente in due bracci di leva ineguali, di cui il più corto corrisponde al mento. Giunte le cose a questo punto il cranio deve necessariamente rimanere sempre più indietro e andarsi completando la presentazione di faccia. Inoltre non è pure senza influenza la specie di obliquità, in cui si trova l'utero medesimo. Se l'utero è inclinato a destra e il feto si trova col dorso in alto e la testa a destra, la parete uterina, che si dirige dal basso e da sinistra in alto e verso destra, tenderà molto più facilmente a flettere l'occipite sulla colonna vertebrale e a dar luogo ad una presentazione di faccia di quello che sarebbe se la testa si trovasse a sinistra. Spiegasi in questo modo la maggior frequenza della posizione M. I. D. P., perchè l'obliquità uterina destra è la più frequente e predomina la prima posizione vertice. Gustavo Braun accetta le stesse conclusioni, aggiunge che il bacino ristretto influisce sulla presentazione di faccia favorendo le presentazioni oblique.

Se non che rispetto alle obliquità *uterina* e *fetale* vige un'altra teoria, detta di Duncan-Winckel, che per taluni servirebbe a spiegare un maggior numero di casi. Cito testualmente il Cuzzi: « Supponiamo l'utero in obliquità laterale destra ed il feto in presentazione V. O. I. D. La direzione della forza uterina è rivolta al basso ed a sinistra, epperò verso il fronte che avrà tendenza a deflettersi. Se a ciò si aggiunge la forma del canale genitale che nel nostro caso presenta la parete laterale sinistra concava e la destra convessa, se l'utero non viene bene rettificato, la presentazione nel progredire incontrerà maggiori resistenze dal lato della convessità cioè dal lato dove si trova l'occipite. » Si spiegherebbe quindi la maggior frequenza delle M. S. P. rispetto alle M. D. A. relativamente alla frequenza della presentazione primitiva, di cui rappresentano la trasformazione. La Lachapelle — come si vede io non dò importanza in questa rassegna alla cronologia, premendomi più che tutto di dare in succinto l'essenziale intorno al mio argomento — la Lachapelle dà la frequenza

delle presentazioni di faccia nel rapporto di 1 : 217 parti; sopra 15652 nati, 72 sarebbero venuti in presentazione di faccia. Dà importanza eccezionale ad una particolare predisposizione fetale unita all'obliquità dell'utero, il quale ultimo agirebbe altresì per la torsione sul proprio asse. La predisposizione fetale consisterebbe in una estensione primitiva del capo, per modo che la direzione delle forze uterine passerebbe al davanti del centro dei movimenti del capo (articolazione occipito-atlantoidea). Ora quale sarebbe la causa di questa estensione preliminare? Ecco ciò che ne pensa la Lachapelle: l'obliquità uterina è sempre più o meno anteriore e la fronte del feto è il più sovente rivolta in addietro: in tale disposizione molte cause concorrono ad estendere la testa: 1) il suo proprio peso che la trascina in basso e porta la fronte, come parte più pesante, verso il vuoto del bacino; 2) la contrazione uterina, che al momento della rottura delle membrane esercita la sua azione sopra le parti più salienti del feto e per conseguenza sulla fronte: l'occipite non incontra resistenze, rimonta e la fronte discende producendo l'estensione del capo.

Il Baudelocque sopra 10685 parti avrebbe trovato la presentazione di faccia 31 volte, cioè 1 su 344,6 parti. Attribuisce le cause all'obliquità uterina ed alla direzione delle forze che ne conseguono. L'obliquità uterina sarebbe quasi sempre corrispondente al lato ove si trova l'occipite: in questo caso la direzione delle forze attraversa la testa fetale obliquamente dalla base al vertice e cioè dall'occipite verso la fronte un po' al davanti del centro di movimento del capo (articolazione occipito-atlantoidea): l'occipite è costretto a rovesciarsi sul dorso a misura che la testa discende.

Il Charpentier che nel suo trattato consacra un ampio capitolo al nostro argomento, tra le cause succitate annovera pure il restringimento o strozzamento dell'utero all'altezza della cervice, la contrazione anormale dell'orifizio interno, tumori periuterini e rigidità o tumefazione di una o di due labbra del collo.

Tra le cause fetali dà pure lo sviluppo esagerato del torace, l'aumento totale del peso, la presentazione del piano laterale e sopratutto del ventre, la procidenza d'un braccio e più raramente d'un piede.

Tra le cause riferibili agli annessi annovera lo scolo rapido di liquido amniotico e tra le traumatiche le modificazioni brusche di posizione della donna nelle presentazioni oblique, specie ventrali.

La scuola ostetrica di Torino (Tibone) divide pure le presentazioni di faccia in primitive e secondarie, secondochè preesistono al parto, oppure si determinano nel corso del soprapparto. Sopra una statistica comprendente i parti che ebbero luogo nella clinica ostetrica di Torino dal 1.° Novembre 1858 al 31 Ottobre 1869 (4025) ne dà 45 di faccia (1 : 89,4). Distingue le cause in fetali e materne: tra le fetali ammette la dolicocefalia, una sproporzione tra la lunghezza e il peso con prevalenza di questo. Riguardo alla madre discute se debbasi dare maggior valore alla primiparità che non alla pluriparità: diffatti è vero che nelle donne primipare si può avere facilmente a collo trasformato uno spasmo dell'orifizio interno intorno al collo fetale e così la testa è obbligata a deflettersi; ma d'altra parte perchè si possa costituire una presentazione di faccia secondaria, è necessario che il segmento inferiore dell'utero sia fornito di una certa estensibilità, ciò che succede solo nelle pluripare.

Riguardo alle viziature pelviche, in base alle statistiche e ad alcune considerazioni particolari, non vi dà l'importanza generale degli autori; accetta le conclusioni sull'obliquità uterina e fetale già riportate a proposito del meccanismo di loro azione (teoria Scanzoni e teoria Duncan-Winckel).

Il Peters ha recentissimamente pubblicato una memoria sulla correzione manuale delle presentazioni di fronte e di faccia. Per rispetto alla eziologia di queste ultime, nota, tra le altre cose, l'influsso del segmento inferiore dell'utero per il suo ineguale adattarsi sulla superficie craniana. Cita due casi d'idrocefalo, di Teply e di Ahlfeld. Dà uno speciale valore alla dolicocefalia connessa ad aumento del diametro biparietale e a durezza relativa del cranio. In questo caso, tanto più se vi ha strettura di bacino, il cranio si può concepire come un cilindro mobile sull'asse che passa per le eminenze parietali e per i punti terminali della conjugata, mentre contemporaneamente (Schatz) l'articolazione dell'atlante verrebbe a trasporsi in senso favorevole alla estensione.

Secondo il Peters ancora le presentazioni di faccia avrebbero maggior tendenza ad essere primarie nelle pluripare che non nelle primipare. Come dimostrano le più antiche esperienze fatte con cadaveri freschi di bambini immersi in soluzioni di cloruro di sodio (Duncan, Veit, recentemente Steinbüchl) il frutto di regola anche nell'ovisacco si dispone colla testa rivolta in basso in leggiera deflessione, sicchè il parietale costi-

tuisce il punto più basso. Tale stato di deflessione non sarebbe influenzato dalle pareti uterine e dal segmento inferiore nel caso solo di notevole idramnios, in tutti gli altri casi questo influsso deve esistere. Nelle primipare la testa fetale nell'atteggiamento testè accennato, viene tosto abbracciata dal segmento inferiore che va formandosi pel risalire dell'anello di contrazione e per lo svilupparsi a calice della cervice: dato un bacino normale, verso le ultime settimane s'impegna una parte sì grossa, che una deflessione ulteriore può avvenire estremamente di rado.

Nelle pluripare invece la testa fetale sta al disopra dell'anello di contrazione e del bacino fino agli ultimi giorni, vale a dire per lo più fino all'iniziarsi del travaglio: il prodotto si trova quindi nei rapporti artificiali di sperimento suaccennati. Se si esplora, ben di rado si può raggiungere col dito tutta la periferia dell'anello di contrazione: in generale vi si arriva solo anteriormente e posteriormente, perchè di lato è trasportato molto in alto. Ciò è tanto più manifesto quanto più ci avviciniamo al termine di gravidanza. Immaginiamo ora la testa mantenuta alquanto deflessa in tale scodella (Pfanne), mentre sopravvengono alcuni momenti speciali, quali obliquità uterina e fetale, un esagerato movimento riflesso del feto, ecc., si capisce in tal caso che già durante la gravidanza possa succedere una deflessione perfetta. Allora all'insorgere dei dolori, l'anello di contrazione migra da un lato fino alle bozze frontali o alla radice del naso, mentre dall'altro lato viene a trovarsi molto più in alto al disopra cioè dell'occipite, al limite della nuca. Adunque la disposizione data dell'anello di contrazione avrebbe un significato non dubbio sulla ulteriore estensione del capo.

Per terminare questa rivista aggiungerò che l'Ahlfeld trova che un arresto dell'occipite o della fronte può aver luogo altresì (cause secondarie) alla spina dell'ischio, ai legamenti sacro-spinosi e sacro-sciatici, all'imene, alla vulva. L'Ahlfeld stesso attribuisce nell'eziologia che studiamo un grande valore alla piccolezza del feto (immaturità) che per lo più coincide con idramnios, perchè mancherebbero in tale caso quei momenti che hanno per effetto il restituirsi a forma d'uovo del frutto. « La forza di restituzione di forma che possiede l'utero opera non direttamente o almeno in piccola parte direttamente sul feto, ma sulla raccolta delle acque. I movimenti del frutto non sono ancora molto potenti, l'utero non si desta ancora facilmente alle contrazioni, onde con acque abbondanti

costituisce una forma di palla, mentre con acque scolate un sacco floscio sul feto. Sicchè piccoli feti vengono molto frequentemente partoriti col mento allontanato dal petto. La grande quantità di questi casi non cade sotto osservazione. »

Dalla breve rassegna che ho fatta chiaro si scorge come una legge generale, unica, fondamentale che ci spieghi il perchè quella forma così caratteristica dell'ovoide fetale che non si scompone prima del disimpegno del capo, debba modificarsi sia durante la gravidanza sia all'inizio del travaglio, una legge, dico, alla quale si uniformi costantemente la presentazione di faccia, non esiste o non si è trovata: sarebbero invece diverse circostanze che ne favoriscono l'esplicazione, sommandosi con reciproca varia intensità.

Si scorge che secondo gli autori la presentazione di faccia sarebbe più che tutto accidentale e riconoscerebbe varii momenti che agiscono in un dato istante. Spesse volte questi momenti si accoppiano, eppure non abbiamo la presentazione di faccia: ciò non monta perchè allora devono di necessità essere entrati in iscena altri fattori non scoperti per se o nel caso concreto. Come anche non importa che tra i fattori conosciuti ve ne siano dei contradditorii (grossezza e piccolezza fetali), perchè essi agiscono in maniera differente ma con effetti uguali. Tutto questo però spiega le differenti teorie enunciate, alle quali se ne potrebbero addizionare di nuove; tutto questo dimostra che l'argomento è astruso, oscuro e che sopra di esso si è ben ancora lontani dall'aver detto l'ultima parola.

Prendiamo tuttavia serenamente e pazientemente ad esame i nostri documenti, confrontiamoli coi dati statistici altrui e procuriamo di ricavarne qualche conclusione. Gli elementi di fatto in materia di clinica sono i più autorevoli ed a quelli dobbiamo sempre appellarci in qualsiasi nostra deduzione.

Frequenza. — Comincio dalla frequenza. Si è già visto in parte il disaccordo delle cifre a questo riguardo: le ragioni sono semplici. Prima di tutto le circostanze che favoriscono la presentazione di faccia (viziature pelviche, gozzo fetale, ecc.) variano di frequenza a seconda delle varie regioni; inoltre il materiale a cui si è ricorso per queste statistiche non è uniforme (Cliniche, Policliniche, Ambulatorii, ecc.) senza contare che il criterio stesso dei singoli osservatori non è costante. Del resto,

bisogna pur confessarlo, tali statistiche hanno fino ad un certo punto un valore artificiale, sia perchè desunte da materiale clinico nel quale sovrabbondano i casi anormali, sia perchè a voler dedurre delle leggi generali, la proporzione dei fatti relativi è troppo piccola.

Le levatrici solo, mi pare, dalla loro pratica privata potrebbero fondare la frequenza delle presentazioni di faccia sur un materiale convenientemente assortito.

Io sopra 5644 parti ho raccolto quarantun casi di presentazione di faccia: cioè 1 su 137,6 parti. Il Cuzzi che nel suo recente trattato riferisce la media delle cifre italiane (Berruti, Mangiagalli, Pastorello), dà la proporzione 1 : 136 e crede di approssimarsi ad un valore medio sufficientemente esatto esprimendolo col rapporto 1 : 200.

Anche le cifre tedesche, che si fondano sopra un materiale abbondantissimo, oscillano in limiti abbastanza estesi. Lo Spiegelberg possiede un grande numero di casi raccolti dalle tabelle di Hegar, Schwörer e proprie: il materiale è, dirò così, misto perchè comprende i parti succeduti nell'Oberrheinkreis (Baden). Sopra 93871 parti si avrebbero 289 presentazioni di faccia, cioè 1 : 324 o il 0.3 0[0; Winckel ritiene sopra 294833 parti raccolti dai rendiconti di quarantadue istituti ostetrici e da varie relazioni, casi 1741 di presentazione di faccia cioè 1 : 169. Riduce questo ultimo valore a 1 : 158, vale a dire 1534 : 242791, perchè deve fare astrazione da otto relazioni, che contengono un materiale sovrabbondantemente patologico. Le relazioni poi considerate singolarmente, danno, si capisce, le proporzioni più differenti. Nella policlinica, dove si è chiamati solo per casi patologici, si avrebbe 1 : 47.

Hecker nella clinica di Monaco avrebbe notato sopra 20515 parti 161 presentazioni di faccia; vale a dire 1 : 127. Franque in Nassau solo 1 : 1834. La Maternità di Parigi dà 1 : 335.

Le cifre italiane adunque e quelle di Hecker danno il rapporto che si avvicina di più al nostro.

Primiparità e *pluriparità.* — Anche qui le statistiche non vanno molto d'accordo: tuttavia si può dire in generale che se si tiene conto del rapporto fra primipare e pluripare negli istituti di maternità, le pluripare hanno quasi sempre il predominio. Nella raccolta di Hecker si hanno 58 primipare su 103 pluripare, cioè 1 : 1,77, mentre il rapporto tra primipare e pluripare nell'istituto di Hecker è 1 : 1,41.

	Ahlfeld trovò nelle presentazioni di faccia primipare a pluripare	nelle altre presentazioni primipare a pluripare
	1 : 2,70	1 : 1,06
Fasbender	1 : 2	1 : 1,1
Walther	1 : 1,81	1 : 0,92
Hoffheinz	1 : 1,40	1 : 1,0007

Winckel trovò 150 primigravide su 221 plurigravide, cioè un rapporto di circa 1 : 1,5. Egli aggiunge le statistiche di Späth, Braun, Birnbaum, Siebold, Hofmann, la citata di Hecker, quelle di Poppel, Elsässer, Franque e Tölpe e ritiene il valore 1 : 1,5.

Sopra i nostri 41 casi di presentazione di faccia figurano quindici casi di primiparità: vale a dire 1 primipara sopra 2,7 pluripare. Se si confronta la Tavola III si vede che tanto nelle presentazioni di faccia quanto nelle altre presentazioni i rapporti tra pluripare e primipare si equivalgono.

Io sono adunque piuttosto inclinato a credere che la questione tra primiparità e pluriparità non abbia grande importanza nell'eziologia della presentazione della faccia.

Il Winckel fa ancora un'altra distinzione tra le pluripare: egli considera soltanto tali quelle che hanno avuto cinque figli. Le multipare al di sotto di questa cifra stanno alle pluripare di Winckel nelle presentazioni di faccia come 1 a 23,8 ed egli ne deduce che nelle presentazioni di faccia le pluripare nel significato che egli dà a questa parola si trovino da due a quattro volte più frequenti che non in tutti gli altri parti. Consultando la nostra Tabella I, noi troviamo soltanto 8 pluripare di Winckel in confronto di 26 pluripare propriamente dette, onde da questo dato non si è autorizzati ad ammettere la proposizione suaccennata.

Per quanto riflette le primipare, Winckel sopra 61 casi raccolti dalla letteratura ne trovò 16 che oltrepassavano i 30 anni, di tali Hoffheinz ne trovò 3 su 25 (primipare attempate). Uno studio in questo senso fatto dei nostri esemplari ci dice che l'età media sarebbe di circa 21 anni: l'età massima è di 29 anni. Diffatti una primipara non aveva che 16 anni: due 20 anni: una 19 anni: l'età massima è di 29 anni e si verifica in due casi; in una manca l'età, ecc. Noi non avremmo dunque neppure una primipara attempata. Questo concorderebbe coll'idea espressa dal-

l'Inverardi, che il movimento di estensione è in rapporto colla forza circolare del collo, colla pressione che questo esercita intorno alla presentazione e col grado di contrattilità, tonicità, elasticità e retrattilità che esso possiede. « Più intense sono queste proprietà, presupposto una tendenza del feto a disporsi in presentazione di faccia, tanto maggiore è la forza che obbliga il capo a subire quei movimenti che sono propri del primo tempo del meccanismo del parto per la faccia.

Decorso della gravidanza. — Non possiedo dati sufficienti intorno al decorso della gravidanza nelle Ipare ed a quello delle precedenti nelle pluripare, per cui lascio di sana pianta questa parte: per altro anche gli autori non vi si soffermano. Accennerò soltanto che nel N. 38 l'esame della donna fatto alli 12 Novembre (il parto avvenne alli 12 Dicembre) la presentazione era del piano laterale C. I. S. D. P. Per altre particolarità intorno alle varie posizioni e presentazioni constatate durante la gravidanza, rimando il lettore ai capitoli seguenti e alla Tabella I.

Parti precedenti. — Sono abbastanza interessanti i risultati che emergono dai parti precedenti nelle pluripare. È sempre il Winckel che ci serve di guida. Sopra 120 pluripare, 11 avevano già in precedenza partorito bambini in presentazione di faccia, e cioè 8 di esse una sola volta, 1 due volte e 2 esclusivamente in presentazione di faccia. Dieci volte era stata in precedenza osservata presentazione podalica schietta o di piedi, in 1 due volte, in 1 tre ed in 1 dieci volte. La presentazione obliqua si era trovata quattro volte. Gravidanze gemellari precedenti cinque. Per cui in un quarto circa dei casi già nei parti precedenti vi sarebbero state anomalie da parte del feto o nella presentazione o nella quantità.

Dalla nostra serie non ci consta neppure un fatto precedente di presentazione di faccia o di gravidanza gemellare. Nel caso 7 avremmo avuto un parto in presentazione di spalla terminato col rivolgimento e uno podalico spontaneo. Nel N. 8, una secondipara, il parto precedente sarebbe stato podalico? Questo risulta in modo certo nel 14. Nel 41 si sarebbero avuti dei parti precedenti due artificiali per rivolgimento: indicazioni furono rispettivamente la placenta previa e la presentazione del piano laterale. Adunque in somma avremmo soltanto che due volte vi fu in precedenza la presentazione di spalla, tre volte la podalica, di cui una incerta, una volta la placenta previa. Di altri parti, quantunque artifi-

ciali, non si può desumere la presentazione, per cui io non posso pronunciarmi in alcun modo sul punto in esame. Possiamo ritenere come probabile la cifra di Winckel. È mestieri ancora aggiungere come tra le gravidanze precedenti ve ne siano alcune abortive, altre non completamente a termine o con feto morto-macerato: fatto pur degno di nota e che indica sempre un'anomalia che precede.

Bacino ristretto. — Da undici relazioni di differenti autori calcola Winckel sopra 300 parti per la faccia 27 bacini ristretti. Questa cifra s'impone senz'altro come troppo piccola, ma data da un tempo in cui una mensurazione metodica pelvica era ignota. In una statistica dell'Hecker sopra 277 parti per la faccia il bacino è menzionato 101 volte e di questi solo un terzo sarebbe dato normale. Vale a dire sopra 67 bacini viziati figurano 18 definiti soltanto ristretti; 18 ristretti di 1.° grado, 18 di 2.° grado, 5 di 3.° grado, 7 generalmente ristretti; 1 volta esostosi del bacino. Winckel infine coll'aiuto di altre cifre dà per risultato che sopra 4,6 presentazioni di faccia s'incontra almeno una volta restringimento pelvico. Hoffheinz trova sopra 40 casi della Clinica di Königsberg, 18 bacini viziati: tra cui 11 semplicemente piatti, 3 piatti rachitici, 4 generalmente ed uniformemente ristretti. Egli adunque dà la proporzione 18,40 cioè il 45 0[0. Questo valore corrisponde al doppio delle cifre universalmente accettate. Kamm (Breslavia) sopra 71 casi dà 24 volte bacino ristretto, cioè circa il 34 0[0 dei casi. Pur ritenendo la cifra 1 : 4,6 di Winckel la più probabile, il prof. Tibone ricorda che su 6-7 parti anche nel parto pel vertice c'incontriamo una volta in viziatura pelvica; inoltre, trattandosi di presentazione podalica o vertice, dato anche un restringimento di bacino, il parto termina molto facilmente colle sole forze naturali, mentre in presentazione di faccia il parto presenta maggiori difficoltà: quindi succede che, data una viziatura pelvica mite, se il feto fosse venuto in presentazione vertice o podalica il parto si sarebbe compiuto normalmente, mentre in presentazione di faccia si ha un caso di distocia: ciò significa che in presentazione di faccia non passano inosservate ristrettezze pelviche che in altre presentazioni più felici, non spiegando influenza alcuna sull'andamento del parto, facilmente non si tengono in conto. Fatta adunque la proporzione generale, si vede che la media dei vizii pelvici non viene ad essere molto maggiore nei casi di presentazione di faccia. Qual valore ha questa proposizione se diamo uno sguardo alla nostra tabella?

Ritenuto come normale un bacino in cui la C. B. supera i 190 mm., o, in mancanza di questo dato e di altri, quando il feto a medio sviluppo venne alla luce in modo naturale, essendo durato il periodo espulsivo non al di là della media, fatta eccezione di tre casi di cui non si può dare un giudizio, nella nostra serie potremmo calcolare 30 bacini che s' avvicinano al normale. Gli otto bacini che restano sono il 6 (bacino piatto, C. V. 85 mm.); il 7 (generalmente e irregolarmente ristretto rachitico C. D. 104); il 12 (generalmente e uniformemente ristretto); il 26 (osteomalacia incipiente); il 27 (bacino piatto C. D. 103); il 31 (generalmente e regolarmente ristretto); il 38 (piatto-rachitico C. D. 111 mm.). Se facciamo astrazione dal caso 26, in cui l'osteomalacia non aveva ancora dato deformità pelviche degne di nota, troviamo sopra 31 casi 7 volte viziatura di bacino, vale a dire avremmo una viziatura pelvica sopra 4,4 presentazioni di faccia, cifra che concorderebbe con quella di Winckel. Faccio notare però che in questo Istituto le viziature pelviche sono abbastanza frequenti e che, a desumere dall'andamento del parto e sviluppo fetale oltrecchè da' dati diametrici, in nessuno dei suddetti bacini la coniugata vera sarebbe discesa al di sotto degli 8 centim. Ora i bacini viziati di primo grado sono di gran lunga più frequenti e quindi la proposizione succitata sarebbe vera. Faccio però notare che la cifra di 30 bacini normali data di sopra è un po' arbitraria.

Il bacino piatto sarebbe in confronto del generalmente ristretto rappresentato dal valore 3 : 4, ciò che non concorda colla importanza speciale attribuita al bacino piatto nella genesi della presentazione di faccia. Merita abbastanza rilievo il fatto che sopra tre bacini generalmente ristretti (12, 24, 31) abbiamo tre primipare, vale a dire che il *bacino generalmente ristretto accoppiato alla primiparità abbia un certo significato nell' argomento che studiamo*.

Obliquità uterina. — Corrispondentemente alla frequenza del bacino ristretto nella presentazione di faccia se ne trovano designate dagli autori le conseguenze; e sopratutto il ventre pendulo, l'obliquità uterina che portano alla difficoltà dell' impegno e del fissarsi della presentazione. Winckel sopra 11 casi dà tre volte il ventre fortemente a bisaccia sempre accompagnato da pluriparità e da ristrettezza pelvica. Kamm sopra 71 parti per la faccia dà 8 volte deviazioni dell'utero gravido (1 : 11). L'antiversione uterina è menzionata in un solo caso (28) della nostra serie.

In questo esemplare la misurazione addominale tanto sopra-ombellicale quanto sotto-ombellicale non portando più di 94 e 95 cent. rispettivamente, e la xifo-pubica 44 e la pubi-ombellicale 20 cent. con una donna di alta statura, si arguisce che l'antiversione non è che di grado leggiero.

Nella nostra raccolta la forma ovale dell'utero e l'obliquità a destra leggiera del medesimo, vale a dire le condizioni normali si verificano in 20 casi. L'obliquità a destra molto accentuata si riscontra solo in due casi (29 e 6). Il caso 6 merita subito qualche considerazione. La presentazione che verso il 6 Dicembre era trasversale, venne ridotta a cefalica per manualità esterne e mantenuta tale con fasciatura eutocica. Si constatò poi all'epoca del parto, 7 Dicembre, la posizione O. I. D. P. che si trasformò successivamente in M. I. S. Se a ciò aggiungiamo il feto macerato, il bacino piatto, il caso 6 rappresenta uno dei tipi più franchi in cui si accumulino tanti momenti favorevoli alla presentazione di faccia. Inoltre a proposito dell'obliquità uterina destra molto marcata e della trasformazione da O. D. in M. S., abbiamo una conferma realmente dimostrativa della teoria Duncan-Winckel. Se non che il caso 29 riguardo a questa teoria ci dice subito precisamente l'opposto: vale a dire con un'obliquità destra molto forte della ovale uterina, abbiamo tuttavia una presentazione di faccia, posizione M. I. D. P. Forse in questo caso non potè esplicarsi il meccanismo testè citato trattandosi di idramnios e feto piccolo, tenuto calcolo naturalmente della disposizione fetale. Mi spiego: nel numero 29, pensando alla teoria Duncan-Winckel, dovremmo aver avuto con maggior probabilità una presentazione vertice O. I. S. A. più che non quella di faccia. Invece in questo caso ci soccorre pienamente la teoria dello Scanzoni.

Sopra i 20 casi in cui l'utero è normalmente obliquo a destra (1, 2, 4, 5, 7, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 35) abbiamo le seguenti osservazioni da fare. Prima di tutto abbiamo 12 posizioni M. I. D. P. Questo dato ci dice senz'altro che essa è la posizione più frequente; ma se si considera che questa corrisponde altresì all'obliquità uterina destra, acquista maggior valore la teoria Scanzoni, che qui non occorre più di ripetere. Abbiamo invece di D. A. soltanto due casi (14 e 1): nel primo il feto è molto piccolo e nel secondo è anencefalo. Le rimanenti posizioni sono tutte sinistre: tre sono anteriori (16, 18, 25), due trasversali (10, 33), una posteriore (19). In tutti e tre i primi casi

il feto è poco sviluppato, al di sotto della media nei casi 10 e 19, raggiunge il normale solo nel caso 33. Ciò ci autorizzerebbe a conchiudere una volta di più in favore della teoria Scanzoni, perchè oltre a minor frequenza di casi in cui si verifica quella Duncan-Winckel, *per l'esistenza di questa* è necessario altresì in via generale secondo i nostri risultati *il concorso di un feto poco sviluppato.* Il peso medio invece calcolato negli 11 casi di posizione M. D., perchè ho dovuto fare astrazione dal N. 17, feto anencefalo, è di gr. 3240: peso che rappresenta la cifra media normale.

Abbiamo esaminati i casi in cui vi era obliquità uterina destra normale od esagerata. Veniamo ora a considerare il modo di comportarsi della direzione uterina sia in sè, sia in rapporto colla presentazione e posizione fetale nei 19 casi che ci restano a studiare, vale a dire i casi 3, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 23, 24, 28, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41. In cinque di questi dieciannove casi manca il dato da prendersi in esame; essi sono il 15, il 13, l'8, il 3, il 37. Quanto agli altri quattordici, ecco quanto mi pare degno di nota: la forma ovale e la direzione verticale sulla linea mediana dell'utero si trova in cinque casi e cioè l'11, il 12, il 39, 40, 41: vi troviamo tre posizioni destre posteriori (41, 39, 12), una S. A. (41), l'altra sinistra trasversale (11). In queste circostanze non avendo punti di repere, dirò così sull'utero, bisogna ricorrere all'obliquità fetale. Questa ultima la considererò in appresso, al fine di non ingombrare troppo questo studio collo stesso ordine seguito per i varii casi nell'esame dell'obliquità uterina.

L'obliquità uterina a sinistra con forma ovale si trova nei due numeri 36 e 24: nel primo la posizione è S. A. conforme alla teoria Scanzoni, mentre nel 24 è D. P. conforme alla Duncan-Winckel. A proposito dell'antiversione ho già menzionato il caso 28, la posizione è M. I. D. P. e non offre alcunchè di speciale: puossi però notare rispetto a questo caso, che non conforterebbe le vedute della Lachapelle citate. La forma sferica dell'utero si riscontra nei casi 23 e 9, la posizione è M. D. P.

Infine la forma ovale con direzione trasversale ci si offre nei numeri 38 che è una S. T., 34 che è una S. A., 32, che è una D. P., 21, che è una S. P. Con direzione trasversale della ovale uterina prevarrebbe adunque la posizione sinistra.

La forma dell'utero triangolare, così detta a cuore, che secondo al-

cuni (Peters) avrebbe una certa importanza nella eziologia della presentazione di faccia, io non l'ho trovata.

Adunque le posizioni M. D. P. sono le più frequenti, sia assolutamente sia coll'obliquità destra dell'utero: questa ultima influisce a darci le M. S. quando il feto sia poco sviluppato. Le posizioni M. D. e S. si equiparano nella obliquità uterina a sinistra; in queste circostanze secondo la teoria Duncan-Winckel dovrebbero prevalere le M. D. Quando l'utero ha una forma sferica e si può quindi considerare come non avente una così grande influenza sullo sviluppo della presentazione di faccia, allora prevale la D. P. che sappiamo essere la più frequente. Infine nella direzione trasversale dell'ovale uterina si avrebbe più frequente la posizione M. S. Questo fatto è probabilmente dovuto a ciò: data la direzione trasversale dell'ovoide uterino per l'accomodamento si avrà una direzione parallela dell'ovoide fetale. Concesso che le presentazioni trasversali del feto sono per lo più *D. A. C. iliache sinistre*, ricorrendo al meccanismo Scanzoni, avremo anche qui la spiegazione della maggior frequenza delle presentazioni di faccia, M. S. ammettendo invece che le C. iliache destre siano più frequenti. Questa teoria Scanzoni in conclusione poi è più soddisfacente.

Obliquità fetale. — Dalla obliquità uterina siamo trasportati direttamente allo studio della obliquità fetale, essendo entrambi coefficienti paralleli della presentazione della faccia.

Casi 29 e 6. — Nel caso 29 il feto avrebbe le piccole parti sul fondo dell'utero, si troverebbe perciò necessariamente con un'obliquità ventrale abbastanza rilevante, malgrado che la testa si trovi in basso (Scanzoni).

Nel 6 l'asse fetale incrocierebbe l'uterino. L'utero è molto obliquo a destra, le piccole parti si trovano nel quadrante superiore sinistro, mentre l'estremo cefalico è nella fossa iliaca di destra. Ridotta a cefalica la presentazione obliqua, pur mantenendo ancora un po' d'intersezione tra la direzione uterina e quella fetale, si ebbe l'applicazione della teoria Duncan-Winckel. Come si comporta ora il feto nei venti casi in cui l'utero conserva la sua obliquità normale. Nelle dodici posizioni M. D. vi è il solo caso 31 in cui le piccole parti sarebbero nel quadrante infer. sin.: evidentemente queste piccole parti sono le mani che, per essere palpabili, dato il dorso rivolto in avanti e a sinistra, non dovevano essere più conserte: nelle altre o l'obliquità fetale è parallela alla uterina o manca tale dato.

Casi 14 e 1. — Manca il dato obliquità fetale nel 14: nell'1 le piccole parti sono notate nei due quadranti superiori, forse per il poco sviluppo del feto (2600 gr.) in una gravidanza presumibilmente a termine e la sua conseguente mobilità.

Casi 16, 18 e 25. — L'obliquità fetale e l'uterina sono parallele e rappresentano la teoria Duncan-Winckel.

Casi 10 e 33. — Qui è riportato il solo caso 10 che presenta le estremità piccole nei due quadranti superiori forse per la grande mobilità fetale.

Caso 19. — Manca il dato della obliquità fetale.

Casi 15, 13, 8, 3, 37. — Come per l'obliquità uterina manca anche qui il dato della fetale.

Casi 11, 12, 29, 40, 41. — Essendo l'utero sulla linea mediana, in questi casi va cercata, specie nella obliquità fetale, la ragione della presentazione. Nelle tre D. P. non abbiamo dati sufficienti. Nel caso 11 il feto è parallelo alla direzione della matrice. Nel N. 40 che è una M. I. S. A. le piccole parti sarebbero nel quadrante superiore di sinistra e sarebbe confortata la teoria Scanzoni nel senso che l'occipite è dal lato opposto all'obliquità uterina.

Casi 36 e 24. — Nel 36 si ha la disposizione fetale parallela all'obliquità uterina (Scanzoni), nel 24 idem (Duncan-Winckel).

Caso 28. — Essendo le piccole parti nel fondo della matrice, la direzione fetale e la uterina sono parallele.

Casi 23, 9 (*Utero forma sferica* D. P.). — Entrambi i casi danno ragione allo Scanzoni: il 9 per l'obliquità fetale in alto e a destra col dorso rivolto in alto e a sinistra essendovi leggiera obliquità destra uterina, il 23 per la stessa disposizione fetale pur non essendovi obliquità uterina.

Casi 38 (S. T.), 34 (S. A.), 32 (D. P.), 21 (S. P.) *Utero forma ovale, direzione trasversale.* — Nel 38 si avrebbe la obliquità ventrale del feto essendo la testa nella fossa iliaca di destra, nel 34 manca la obliquità fetale, nel 32 abbiamo la disposizione trasversale ventrale colle piccole parti nel quadrante inferiore destro. Nel caso 21 l'obliquità è in alto e a sinistra non molto pronunciata.

Alle considerazioni annesse all'obliquità uterina potremmo aggiungere adunque per rispetto all'obliquità fetale, che questa è per lo più parallela alla prima, che in alcuni casi però questo parallelismo non

esiste non solo in quanto l'obliquità fetale sia maggiormente esagerata della uterina, ma in quanto l'obliquità fetale e la uterina hanno una direzione in senso opposto, vale a dire s'intersecano in un punto più vicino al centro degli assi direzionali. Inoltre abbiamo nel caso 32 un bell'esempio di direzione trasversale e di disposizione trasversale del feto col dorso rivolto in alto, in cui, dati però certi movimenti fetali, entra in azione la teoria Scanzoni. Quest'ultima inoltre è più soddisfacente avuto riguardo altresì all'obliquità fetale.

Ho insistito alquanto sopra questo punto, perchè intorno ad esso si svolgono le due teorie principali, quella di Scanzoni e quella di Duncan-Winckel spesse volte menzionate. Abbiamo veduto, è vero, che avuto riguardo alle obliquità uterina e fetale, la prima tiene il predominio sulla seconda, ma non abbiamo visto in quanti e quali casi devono aver avuto il loro effetto. Per ciò fare è necessario esaminare i casi in cui la parte presentata era differente da quella del parto che succedette per la faccia. Dò prima le notizie del Winckel in proposito sopra 59 casi, per poterne fare un confronto:

Primitiva	Vertice . . .	Secondaria . . .	Faccia	24	volte
»	. . .	» . . .	Fronte	2	»
»	Fronte . . .	» . . .	Faccia	6	»
»	»	poi Faccia, poi Vertice, poi	Fronte	1	»
»	Faccia . . .	Secondaria . . .	Fronte	4	»
»	» . . .	» . . .	Vertice	10	»
»	» . .	poi Vertice, poi . .	Faccia	6	»
»	» . . .	Secondaria . . .	Orecchi	1	»
»	Orecchi . . .	» . . .	Faccia	3	»
»	Obliqua . . .	» . . .	»	2	»

Della nostra serie sono sei i casi netti, in cui abbiamo notizie esatte della presentazione primitiva, e cioè il 41, 40, 38, 30, 21, 6:

Nel caso	41	Primitiva	F.te B. I. S. A.	Secondaria	F. M. I. D. P.
»	40	»	F.cia M. I. S. A.	»	V. O. I. D. P.
»	38	»	C. I. S. D. P.	»	F. M. I. S. T.
»	30	»	F.te ?	»	F. M. I. D. P.
»	21	»	V.	»	F. M. I. S. P.
»	6	»	Tr. poi V. O. I. D. P.	poi	M. I. S. T.

Confronti il lettore questi casi nella tabella coll'obliquità uterina e colla fetale, e vedrà subito prevalere la teoria Scanzoni: vedrà inoltre, come del resto abbiamo già fatto osservare, che le presentazioni secondarie di faccia devono essere molto più frequenti a calcolare dell'atteggiamento fetale. Non avendo dati positivi della presentazione e posizione primitiva in questi casi, tralascio di dare il valore numerico della precedente affermazione, mentre non posso negare che molte presentazioni di faccia si possono ammettere primarie. Quel che mi preme però di notare è che, data una presentazione di faccia, la sezione inferiore dell'utero permette facilmente un cambiamento di posizione al feto (Winckel), ciò che è una conseguenza della pluriparità (Winckel). La interpretazione però *della pluriparità* non risulterebbe dalla nostra statistica.

Procidenza d'arti. — La procidenza di qualche estremità è pure in nesso diretto coll'obliquità fetale, col bacino ristretto, colla rilassatezza del segmento inferiore dell'utero e col non adattarsi bene della presentazione sia al contorno pelvico sia al segmento inferiore uterino stesso. Il Winckel sopra 400 casi raccolti dalla letteratura segna per le presentazioni di faccia venti volte, cioè il 5 0[0, il prolasso d'una o due estremità superiori, e cinque volte quello di una o di entrambe le estremità inferiori. In tutto adunque il 6.25 0[0. Nei nostri casi non si ebbe a constatare tale fatto che rientrerebbe piuttosto nelle consociazioni della presentazione di faccia che non nelle cause.

Feto. — Studiamo ora il corpo fetale propriamente detto, in cui vi sono varii dati da considerare, e che io non enumero avendone già tenuto calcolo in riassunto nei miei preliminari.

Sesso. — Riguardo al sesso il Winckel trovò nei suoi quattrocento casi il rapporto di 121 maschi a 106 femmine. Hecker in 161 casi di osservazione propria dà 75 maschi e 86 femmine. Kamus su 70 casi 31 maschi, 39 femmine. Hoffheinz sopra 54 casi, 23 maschi, 31 femmine. Onde si deduce un particolare predominio del sesso femminile. Mentre cioè negli altri parti (Küstner) i maschi stanno alle femmine come 104 a 100, secondo le cifre su riportate le femmine starebbero ai maschi come 104 a 100. Lo Spiegelberg lo spiegherebbe con ciò che nelle femmine prevarrebbe la dolicocefalia, mentre si avrebbe nei maschi in generale più frequente la brachicefalia. Noi abbiamo 22 femmine sopra 19 maschi, ciò che darebbe ragione alle vedute di Spiegelberg.

Peso. — Il peso dei bambini nati in presentazione di faccia sorpassa in generale la media, se si sta agli autori. Winckel calcola il soprappiù in peso dei neonati in presentazione di faccia, paragonato con quello delle altre presentazioni, a 100 gr.; Hoffheirz a 110 gr.; il Fasbender ed il Kamm confermarono gli stessi risultati. Nella nostra serie, pur volendo sceverare quei casi che comprendono feti morti macerati o mostruosità (anencefali), il peso medio raggiunge solo la cifra di 3099 gr. Questo valore si deve ancora ridurre pei casi non considerati, che rappresentano un peso medio molto al di sotto del normale.

Rapporto della lunghezza al peso. — Quanto al rapporto della lunghezza al peso, Ahlfeld avrebbe dimostrato che sarebbero predisposti alla presentazione di faccia quei feti in cui il peso prevale sulla lunghezza. « Quanto maggiore è il numero dei grammi rispetto al numero dei centimetri, tanto maggiore deve essere stato l'asse fetale intrauterino e tanto più facilmente potè succedere un allontanarsi del mento dal petto. » Mayr con alla mano 107 casi della clinica di Hecker avrebbe provato questa legge di Ahlfeld. La media della lunghezza da noi ricavata è di cm. 49,4: cifra di ben poco inferiore alla normale 50. Paragonata col peso di 3099 gr., ci dice senz'altro che la proposizione testè riferita non viene confermata. Tuttavia, se vogliamo scendere ai particolari, troviamo ben 17 casi in cui il peso supera la media oscillando tra un minimo di 3300 e il massimo di 4000 gr. (casi 3, 5, 8, 9, 12, 20, 22, 26, 28, 30, 32, 33, 35, 36, 37, 39, 40). La media del peso di questi 17 casi è 3509 gr., mentre la loro media lunghezza sarebbe di 51 cm. Se si pensa che con peso di 3509 la lunghezza media dovrebbe essere di cm. 53,9 rapportata al valore 50 : 3250, l'Ahlfeld avrebbe ragione. Nei casi 9 e 12 dove si tratta il peso massimo di 4000 gr., la cifra della lunghezza è rispettivamente di 52 e 49 cm. Consultati invece gli esemplari il cui peso medio è al di sotto del normale e confrontati colla lunghezza ci dànno la proporzione cm. 49 : 2960 gr. Stralciando qua e là sono rimarchevoli i numeri 1 e 13, in cui il peso è di 2600 gr., mentre la lunghezza rispettiva è di 50 e 49 cm.: e si potrebbero ancora moltiplicare esempi di questa natura. Adunque se non possiamo dar torto all'Ahlfeld, secondo la nostra statistica la lunghezza prevalente sul peso del neonato avrebbe una certa importanza, vale a dire il *predominio dell' asse fetale estrauterino.* E ciò parmi razionale: date difatti altre condizioni

(come p. e. la presentazione del piano laterale, poco sviluppo del feto in generale come è nei nostri casi, idramnios, ecc.) precedenti o coincidenti spesso colla presentazione di faccia, la lunghezza del corpo facilita l'estensione fetale.

Dolicocefalia. — Ho già avuto occasione di accennare nelle generalità che ne' feti venuti alla luce in presentazione di faccia si avrebbe una particolare forma del cranio. Questo sarebbe dolicocefalo, vale a dire aumentato nel senso antero-posteriore e questo allungamento sarebbe fatto specialmente a spese dell' occipite. Questa particolarità da gran tempo conosciuta veniva un tempo ascritta in modo esclusivo al meccanismo del parto per la faccia. Fu l' Hecker pel primo che portò l' attenzione sopra la dolicocefalia senza farla dipendere dalla maniera del meccanismo proprio alla presentazione che studiamo. Secondo il Budin invece la testa fetale già quarant'otto ore dopo il parto avrebbe acquistato la sua primitiva forma. L' Hecker due giorni dopo la nascita e Mayr più tardi sullo stesso materiale presero misure riguardanti il diametro retto e trovarono che in media i feti nati in presentazione di faccia avevano il diametro retto (Mayr) più lungo di 0,59 cm., il biparietale A. *(grossen queren Durchmesser)* più lungo di 0,11 cm. e la grande circonferenza di 0,93 cm. Del diametro retto dei feti da me raccolti posso dare la media di solo 31, poichè in altri o manca o non deve entrare nel nostro computo perchè si tratta di nati immaturi o macerati o anencefali o craniotomizzati. Il valore medio del diametro O. F. è di 122,4 mm. Se consideriamo questo quoziente in paragone col peso e colla lunghezza media ottenuta, si desume che la dolicocefalia avrebbe un vero significato. Se non che nei casi in cui tale diametro venne misurato alcuni giorni dopo la nascita (numeri 9 e 39) la dolicocefalia è scomparsa: e cioè nel N. 9 in cui all'epoca della nascita si aveva un diametro O. F. = 128, questo cinque giorni dopo si è ridotto a 112. Nel N. 39 non è riportata la cifra del diametro a tale epoca, ma venne constatata la scomparsa della dolicocefalia. L'Hecker dà inoltre un'importanza speciale nella presentazione di faccia come ho già detto, alla dolicocefalia a spese dell'occipite. Per esprimere il rapporto del braccio di leva posteriore coll'anteriore, egli divide il cranio fetale in due segmenti, l' uno anteriore e l' altro posteriore: fa passare cioè un piano perpendicolare al diametro O. F. per i condili dell'occipitale.

L'Hecker non trovò neppure un cranio in cui il braccio di leva posteriore fosse più lungo dell'anteriore: tuttavia vi ha trovato una differenza solo leggiera. In media l'anteriore superava il posteriore solo di 6,8 mm. nei cranii venuti in presentazione di faccia: mentre nella presentazione vertice lo supererebbe di 12 mm. Il Mayr adduce però un esemplare di presentazione di faccia in cui il braccio di leva anteriore era di 5,8 cm., mentre il posteriore era di 6,4 cm. Tuttavia l'Hecker stesso trovò soventi volte nelle sue misure di cranii venuti in presentazione di faccia lo stesso rapporto che in quelli venuti in presentazione di vertice.

Un altro argomento riportato dall'Hecker per dimostrare la prevalenza dell'occipite è la grandezza dell'angolo mastoideo. Le modificazioni plastiche che subisce la testa fetale nel meccanismo del parto non possono ripercuotersi sugli angoli dei parietali. Ora quanto più è grande l'angolo posteriore esterno dei parietali, tanto più proemina l'occipite. La media di quest'angolo sarebbe nei cranii partoriti per la faccia di 130.°, mentre nelle altre presentazioni è solo di 110.° È pure certo però che anche in varii cranii partoriti per la faccia l'angolo mastoideo non superava la media delle altre presentazioni.

Al fine di apprezzare giustamente le vedute dell'Hecker nella nostra serie, sarebbe necessario di possedere i valori diametrici della testa fetale tanto immediatamente dopo la nascita, quanto alcuni giorni dopo non solo, ma altresì i valori del segmento anteriore e del posteriore desunti col metodo d'indagine Hecker. Noi possediamo soltanto il N. 9 nel quale sono stati presi in considerazione alcuni diametri un po' di tempo (5 giorni) dalla data del parto. Una domanda che ci si para subito alla mente è questa: quali sono le parti più plastiche o passive del capo, cioè quali più suscettive di aumenti o di diminuzione nel meccanismo del parto? Niun dubbio: le pareti della volta craniana. Niun dubbio ancora che siano le parti anteriori di questa volta, perchè più mobili, quelle che soffrono di più di questa così detta plasticità. Così dato p. e. un allungamento nel diametro O. F. pel meccanismo del parto per la faccia, a me pare che si possa a priori ammettere che sono i segmenti anteriori di questo diametro quelli che subirono il maggiore distendimento. E per altro verso, data una riduzione notevole del S. O. B. per le identiche condizioni, va riferita con tutta probabilità la riduzione

più alle parti attinenti al bregma che non a quelle appartenenti al sotto-occipite.

Diffatti nel N. 9 osserviamo bensì che l'O. F. da 128 mm. che era immediatamente dopo il parto è disceso poi a 112 (differenza 16 mm.), ma il M. B. da 104 all'epoca del parto è aumentato poi successivamente a 110 ed è chiaro che il bregma sia depressibile ed il mento no: e così pure il D. M. è aumentato nei giorni susseguenti da 133 mm. a 143 mm. e con ogni probabilità l'aumento si è fatto a spese della regione parietale posteriore-superiore essendo, ripeto, il mento parte poco riducibile. Ci duole che nello stesso esemplare non sia indicato il diametro O. M. all'epoca del parto, da non poter fare un confronto collo stesso alcun tempo dopo la nascita. È però plausibile che l'occipite non abbia potuto modificare la sua conformazione naturale fin dalla nascita o trasporsi di poco almeno dalla sua posizione primitiva nel seno materno. Questa idea ci viene altresì suggerita dalla disposizione anatomica dell'encefalo. Diffatti i ventricoli laterali hanno il loro maggior sviluppo nelle parti laterali e anteriori che non posteriormente: di più verso questo lato esiste il cervelletto massiccio che sarebbe pericoloso comprimere. Onde una riduzione di volume a spese delle parti anteriori del cranio fetale non sarebbe così risentita dal cervello come quella delle parti posteriori. Se noi adunque riteniamo il valore medio dell'O. F. nei nostri casi uguale a mm. 122,4 per un peso medio di gr. 3099 e, fatte le debite proporzioni colle riduzioni di volume subìte dal N. 9 a cinque giorni dal parto, otteniamo che a quest'epoca l'O. F. si è ridotto a 107 mm., possiamo concludere che questa riduzione è avvenuta specialmente a spese del frontale. Inoltre paragonato il peso di gr. 3099 e l'O. F. di 107 mm. colle medie normali di tali cifre in feto a termine, abbiamo che l'O. F. non dovrebbe oltrepassare i 105 mm., si deduce quindi una dolicocefalia reale.

Tale dolicocefalia reale la potremo poi ascrivere con un certo fondamento all'occipite, se gli altri diametri che partono da questo (avendo noi ammesso la spostabilità maggiore da parte del frontale) e vanno a punti poco riducibili, hanno una lunghezza predominante. A queste idee si oppone il Budin, il quale attribuisce essenzialmente le deformazioni caratteristiche della testa fetale nel parto per la faccia, allo spostamento in addietro della punta dell'occipitale, contrariamente a quanto

succederebbe nel parto per il vertice, in cui la punta dell'occipitale spinta innanzi sotto i parietali, darebbe la diminuzione dei diametri occipito-mentoniero e occipito-frontale.

Ma, secondo noi, se la punta dell'occipitale può essere spinta in avanti sotto ai parietali nel meccanismo del parto per il vertice, ciò non significa che dalla sua posizione d'equilibrio possa essere spinta in addietro per il meccanismo del parto per la faccia, avuto riguardo specialmente alle connessioni limitrofe dell'occipitale, alla finezza e pieghevolezza dell'orlo posteriore dei frontali ed alla pressione che subiscono le parti anteriori della vôlta craniana in questa modalità di parto. Inoltre quella porzione fibro-cartilaginea che unisce la porzione basilare colla scagliosa dell'occipitale, se permette a quest'ultima di descrivere un arco notevole in avanti nel parto pel vertice, ciò non succede più in addietro nel parto per la faccia, data la curva ordinaria dell'occipitale. Infine, pur ammessa una leggiera spostabilità in addietro della punta dell'occipitale, ciò non influisce gran fatto sulla disposizione dello stesso. A stregua adunque delle premesse considerazioni, non avendo altri dati, studierò i diametri che ci restano della testa fetale. Lascio al lettore di farne il giusto apprezzamento confrontando la II.ª tabella in cui sono riportati tutti i diametri, che ci risultano dalle cartelle cliniche.

Diametro biparietale. — Sopra 32 presentazioni di faccia di cui abbiamo questo dato, la media è di mm. 93,1, vale a dire 1,1 mm. in più del normale. Calcolando che questo diametro non ha sofferto (N. 9) che la riduzione di 1 mm. cinque giorni dal parto o paragonandolo al peso medio trovato, ci avvicineremmo a quanto ha stabilito l'Hecker. Il Bp. A. massimo risponde alla cifra 102 mm. (10 mm. in più del normale) riscontrata nei casi 36 e 33: si tratta di feti in cui tutti i diametri della testa superano la media normale e che non offrono nulla di particolare. Noto solo che nel caso 33 abbiamo una posizione trasversale, trattandosi di testa grossa, e che in entrambi l'O. F. raggiunge una cifra ragguardevole.

Il diametro Bp. minimo si osserva nel N. 25, dove è lungo 82 mm. Il feto ha uno sviluppo generale poco più che di ottimestre, dove tuttavia l'O. F. è di 113 mm.

Abbiamo di sopra accettato in parte la conclusione d'Hecker a proposito del Bp. A., ma non è questo che si confronta col diametro retto del bacino, bensì il Bp. O. studiato dal prof. Tibone.

Biparietale ostetrico. — Il Bp. O. in media in 31 casi della nostra serie è di 89 mm. Accettando questo valore come normale, lo si può considerare aumentato leggermente nei nostri casi, avuto riguardo alla media del peso. Abbiamo il *minimum* di 80 mm. nei N. 11, 22 e 25: notabile è solo il N. 22, in cui lo sviluppo generale è superiore alla media normale.

Grande circonferenza. — Lo Schröder dà per media della Gr. Cir. cm. 34,5: la nostra scuola 37 cm. La media da noi ottenuta è di centimetri 36,07. A me pare che ci avviciniamo al vero ritenendo nei nostri casi col Mayr un aumento della Gr. Cir. Gli autori non hanno in generale preso in conto le altre misure craniche, dando per regola, oltre all'aumento della Gr. Cir. e dell'O. F., il volume maggiore in massa della testa paragonato alla lunghezza fetale (Ahlfeld). Noi vogliamo tuttavia prenderle ad esame sia per le considerazioni di sopra accennate, sia perchè, essendo la presentazione di faccia per lo più secondaria, si ha il concorso di tutti i diametri nel determinarla. Passerò adunque ancora successivamente in rivista i diametri seguenti, di cui abbiamo dati sufficienti.

Diametri craniani O. M. - S. O. B. - S. O. F. - S. O. M. - D. M. - B. M. - B. M. - B. T. — *Diametri facciali* B. Z. - M. B. - M. F. - T. F. - T. B. - T. O. — *Piccola circonferenza* e *circonferenza del petto.*

Occipito-mentoniero. — Il diametro O. M. corrisponde ad una media sopra 30 casi di mm. 132,3, vale a dire 2-3 mm. in più del normale. L'aumento dell'O. M. devesi ritenere un po' maggiore relativamente allo sviluppo generale del feto. Supposto, come abbiamo visto, che la dolicocefalia si faccia a preferenza a spese delle parti anteriori del cranio e che l'O. M. sia poco spostabile (non possediamo termini di confronto col suo sviluppo a 5 giorni dal parto), la cifra surriferita ci conforterebbe nella dolicocefalia reale, indipendente cioè dal meccanismo del parto per la faccia, a spese dell'occipite. L'O. M. raggiunge il suo massimo nel N. 36 (149 mm.): qui il diametro S. O. B., malgrado la riduzione che deve subire la parte bregmatica nel parto, raggiunge mm. 98, il S. O. M. 101; quanto dimostrerebbe pure la prevalenza dell'occipite.

Il *minimum* dell'O. M. si riscontra nel caso 7, ed è di 115 mm., vale a dire 15 mm. in meno del normale: si tratterebbe di un feto a prevalenza del peso sulla lunghezza; mentre l'O. F. vi raggiunge uno

sviluppo normale, tutti gli altri diametri sono proporzionalmente più piccoli e si ha quindi una dolicocefalia relativa. Nei casi 9, 21 e 25 l'O. M. raggiunge solo 116 mm. Il 9 venne già preso in considerazione. Il 21 rappresenta un feto a sviluppo generale che s'approssima a quello normale: il capo invece presenta i diametri che vanno dalla volta alla base ridotti, aumentati leggermente i trasversi, per cui non si avrebbe la caratteristica forma dolicocefala.

Diametro sotto occipito-bregmatico. — Il valore medio sopra 27 casi è di 95 mm., differente dal normale di 1 mm. in meno. Abbiamo già detto che questo diametro è passivo di notevole riduzione nel meccanismo del parto, che questa riduzione avviene al bregma; nel N. 9 non abbiamo disgraziatamente termini di confronto; si avrebbe adunque una base per conchiudere ad una dolicocefalia occipitale (delle parti più basse dell'occipite). Il diametro S. O. B. massimo è nel caso N. 26: si tratta di una testa fetale a diametri che superano in generale la norma. Il minimo diametro S. O. B. si trova nel caso 25, dove raggiunge solo 81 mm.: questo caso, di cui ci siamo già occupati, ha in genere i diametri craniani al di sotto della norma, tranne l'O. F., che raggiunge 113 mm., si ha perciò una dolicocefalia artificiale. L'O. M. vi raggiunge solo 116 mm.: ciò, se ci dimostra l'inesistenza della dolicocefalia occipitale, ci dice però che la dolicocefalia si è fatta a spese della fronte contemporanea altresì ad una notevole riduzione del S. O. B.

Diametro sotto occipito-frontale. — Il diametro S. O. F. raggiunge la media sopra 26 casi di mm. 107,4, cifra superiore al normale di mm. 1,4. Questo ci dice altresì che le parti anteriori della volta craniana prendono parte notevole all'allungamento in rapporto alla riduzione dei diametri verticali. Il massimo si riscontra nel N. 5, dove è rappresentato dalla cifra di 124 mm. In questo feto i diametri longitudinali e verticali del cranio hanno tutti una certa prevalenza sul normale, mentre i trasversali sarebbero inferiori alla media. Potrebbe questa conformazione costituire per sè una predisposizione al parto per la faccia? Naturalmente in questo caso io non ha tenuto conto dei diametri pretrachelari.

Il diametro minimo S. O. F. si trova nel caso N. 25.

Diametro sotto occipito-mentoniero. — Questo diametro di cui si dà la media normale di 97 mm. dà nella nostra serie sopra 26 casi il va-

lore medio di mm. 98,7, cioè 1,7 mm. in più del normale. Questo dato per quel che devesi tenere, ci direbbe che si avrebbe un certo sviluppo da parte del *sotto-occipite,* stato più che lo sviluppo generale medio dei nostri feti è inferiore alla norma e che qui non abbiamo compreso nè i feti macerati nè gli anencefali.

Anche qui, come ho fatto in precedenza, salto dal *maximum* al *minimum* di questo diametro, stralciando qua e là qualche caso particolare se degno di osservazione, al fine di avere almeno approssimativamente esatta un' idea dei casi singoli. Il *maximum* del S. O. M. si riscontra nel N. 6, un feto morto macerato, ma che tuttavia ho voluto considerare perchè ha il suo lato interessante. Questo feto non ha che il peso di 3150 gr., lunghezza 50 cm. Non è riportato il diametro O. F. Quanto agli altri diametri del cranio (mancano quelli della faccia) essi avvicinano ai normali, tranne il Bp. O. che raggiunge solo 80 mm. Si scorge anche qui che, se il S. O. M. è uno de' diametri meno influenzabili dal meccanismo del parto per la faccia, l' osso occipitale in vicinanza della sua porzione condiloidea assume un certo sviluppo e forse anche la mandibola.

Diametro massimo. — La media di questo diametro è di 134,8 sopra 27 casi. Non è riferito sopra quali punti venga a cadere nelle nostre presentazioni di faccia. Abbiamo già visto che l'O. M. e il S. O. M. presentano valori particolari, onde il D. M. non deve essere spostato gran fatto dalla sua sede normale anche nel meccanismo di presentazione di faccia, vale a dire, a giudicare dai nostri casi non sarebbe trasposto verso l'occipite: ciò che avvalora il supposto che i varii diametri da parte dell'occipite non devono subire notevoli modificazioni. Il diametro massimo è espresso nella nostra serie da 150 mm. nel N. 36, cioè 15 mm. in più del normale: l'O. M. gli è d'alquanto inferiore ed il S. O. M. non vi raggiunge che 101 mm. Nel N. 35 è di 146 mm., mentre l'O. M. è di 138 mm. e il S. O. M. di 96 mm. Nel N. 9 il D. M. che raggiungeva all'atto del parto 133 mm., cinque giorni dopo raggiungeva 143 mm. Se riteniamo 143 mm. il valore del diametro primitivo, ci si dimostrerebbero due fatti: primo, che questo diametro subisce una certa riduzione nel meccanismo del parto per la faccia, ciò che mi pare non poco probabile avuto riguardo all' impegnarsi del diametro sterno-sincipitale; secondo, una parte reale (a feto nella cavità materna) di dolicocefalia a

spese delle parti posteriori del cranio. L'O. F. diffatti vi si trova ridotto, ciò che feci già osservare. Il D. M. minimo è nel caso 25

Diametro bimastoideo. — Il diametro bimastoideo non ha grande importanza nella presentazione di faccia. La media sopra 26 casi è di mm. 73,6 cioè inferiore al normale di mm. 2,4. Il *maximum* è di 87 mm. nel caso 23, il *minimum* è di 64 mm. nel caso 29. Pare che questo diametro non abbia molta costanza nel suo valore, poichè mentre nel N. 29 la testa fetale ha dimensioni relativamente grandi (O. F. 120, Bp. O. 91, D. M. 137), nel caso 23 le dimensioni sono tutte relativamente piccole.

Diametro bitemporale. — Il bitemporale è in media di 76,6 sopra 25 casi, d'alquanto inferiore al normale. Il *maximum* è di 85 mm. (16); il *minimum* è 70 mm. (18), casi entrambi che non presentano alcuna particolarità.

Piccola circonferenza. — La piccola circonferenza misurata sopra 23 casi dà 31,3 cm. Se si sta alla media generale di 32,5 la nostra ne è inferiore di 1,2 cm. Siccome non ha grande significato non torna di fermarcisi, tanto più che le sue dimensioni, dipendendo da varii punti, non possono essere costanti. Nei singoli casi poi passati in rassegna non si riscontra alcunchè di notevole.

Diametri facciali. — Passiamo ora ai diametri della faccia.

Diametro bimalare. — È uguale in media sopra 21 casi a mm. 70: di 6 mm. cioè inferiore al normale. Il valore minimo viene segnato dalla cifra 58 nel caso 5. Non si può credere ad una notevole riduzione di questo diametro per mezzo del meccanismo del parto per la faccia, trattandosi di un diametro primitivamente piccolo e poco suscettivo per ragioni anatomiche di diminuzione. Che anzi il N. 9 ci dice che esso aumenta per il parto, essendo diminuito 5 giorni dopo di 3 mm.: evidentemente il fatto è spiegabile per il tumore di parto che si origina nella faccia. Nel 5 si tratta chiaramente di un diametro primitivo assai deficiente, deficiente tanto più se lo si confronta colle altre proporzioni del feto (peso 3480, lungh. 50). Il bizigomatico massimo (caso unico) è di 83 mm. nel caso 35: si tratta di un bambino maschio di sviluppo superiore alla media. Qua e là si trova prevalere la piccolezza di questo diametro sia per sè sia considerato relativamente alle altre misure. Ciò che depone per una piccolezza primitiva assoluta e relativa di questo diametro nelle presentazioni di faccia.

Diametro mento-bregmatico. — La misurazione media di questo diametro nella nostra serie ha portato alla cifra di mm. 102,8 sopra 23 casi, vale a dire ad una differenza in meno dal normale di mm. 7,2. Se si pensa alla riduzione che deve subire durante il parto, riduzione che sarebbe uguale a 5 mm. nel caso 9 spesse volte consultato, avremmo solo mm. 2,2 in meno del normale. Bisogna tuttavia concedere che il N. 9 ha uno sviluppo superiore alla media (peso 4000), ha anche la testa proporzionata e che quindi la riduzione del M. B. vi deve essere stata maggiore: per altro canto la media dei nostri casi porta ad uno sviluppo generale inferiore alla norma, onde possiamo calcolare 5 mm. al di sotto della media normale quella reale del M. B. Il *minimum* è nel caso 18 (87 mm.): quantunque il feto non raggiunga le dimensioni normali, il M. B. è relativamente piccolo. Il *maximum* è di 115 mm. nel caso 5, del quale abbiamo già discorso facendovi notare lo sviluppo preponderante del *sotto-occipite.*

Diametro mento-frontale. — Qui la media sopra 23 casi corrisponde a mm. 81,3, ad una differenza in meno del normale cioè di mm. 5,7. La riduzione che subisce questo diametro durante il parto può essere trascurata, imperocchè nel caso 9 a cinque giorni dalla nascita, in feto molto sviluppato la differenza non è che di 1 mm. in meno. Il M. F. massimo è nel N. 22 dove abbiamo 96 mm. (9 mm. in più del normale). Tale aumento dovrebbesi riferire alla notevole dolicocefalia che si ebbe a spese del frontale: e diffatti il diametro O. F. è uguale a 131, il S. O. M. raggiunge solo 92 mm., il S. O. F. 111 mm. Il D. M. non supera la media normale che di 1 mm. Il *minimum* (55 mm.) si riscontra nei due casi 9 e 11, feti relativamente bene sviluppati. Alla cifra 96 mm. segue quella di 92 mm. in tre casi: in quasi tutti gli altri è inferiore alla norma.

Diametro trachelo-frontale. — Questo diametro deve avere poca importanza, perchè rimanendo due punti assai depressibili nel meccanismo di parto per la faccia, non può essere costante. Sopra 20 casi, la sua media è di mm. 89,95, cioè in meno differente dal normale di mm. 6,05. Dato nel N. 9 l'aumento successivo al parto (5 giorni dopo) di soli 4 mm., anche il trachelo-frontale sarebbe primitivamente assai ridotto. La lunghezza massima del trachelo-frontale la offre il N. 25, feto poco sviluppato, dove i diametri T. F., M. F., M. B. avrebbero una proporzione inversa al normale, essendo essi rispettivamente di 100, 79 e 90 mm.

Dato un aumento cospicuo del T. B. e per altra parte una riduzione notevole degli altri diametri che vanno al bregma, si può arguire che in questo caso la circonferenza del collo all'altezza della regione sopraioidea doveva essere ragguardevole. Il minimum (75 mm.) confrontisi nel N. 9.

Diametro trachelo-bregmatico. — Sopra 21 casi abbiamo la media di mm. 97,6: sarebbe cioè superiore alla norma di 6 mm. Se si considera che questo diametro subisce un impicciolimento non indifferente nel meccanismo del parto (caso 9 immediatamente dopo il parto 97 mm., 5 giorni dopo 116 mm.) la cifra riportata devesi elevare di alquanto. L'aumento del T. B. ci dimostra altresì la periferia del collo aumentata. Quest'ultimo fatto sarebbe probabilmente conseguenza del meccanismo stesso: difatti il collo viene stirato notevolmente nella sua regione anteriore, la quale quindi s'ingorga e porta una passeggiera enfiagione del tiroide e del sottogola. Scomparsa questa complicazione, l'aumento nei giorni successivi del T. B. va tutto in favore del bregma e della sua periferia. Avuto poi mente al valore cospicuo di questo aumento, si concepisce facilmente che la dolicocefalia a spese delle parti anteriori deve essere stata assai rilevante.

La cifra massima del T. B. è di 110 mm. presentata dal N. 35: qui esiste realmente un vero gozzo non iscomparso, ma che ha dovuto concorrere al turgore di tutto il collo per la lunga durata del periodo espulsivo in donna primipara. La cifra minima è di 83 mm. in un caso (11) a scarso sviluppo.

Diametro trachelo-occipitale. — Corrispondendo in media a mm. 104,8, calcolato sopra 20 casi, si allontana in meno dal normale di mm. 2,2, valore di poco conto. Il T. O. deve subire poco aumento nel meccanismo del parto per la faccia, se si sta al solito caso 9 in cui a cinque giorni dal parto sarebbe diminuito di soli 2 mm. Mi pare che questo aumento debba ascriversi piuttosto alla leggiera turgescenza del collo, sia per i fatti esaminati in precedenza, sia per la poca mobilità dell'occipite dimostrata dal fatto stesso del leggierissimo aumento. La massima cifra raggiunta sarebbe di 122 mm. (caso 20); qui il feto ha uno sviluppo generale rilevante: segue il 35, in cui si trova 121 mm. Il minimo è di 86 mm. (25).

Oltre ai diametri studiati finora, ve ne sarebbero altri degni di os-

servazione, specie del tronco e capo riuniti: quali gli sterno-bregmatici, sterno-occipitali, sterno-sincipitali; della faccia il M. Su.; del tronco i bisacromiali e dorso-sternali; alcune circonferenze come quelle che hanno per diametri il T. F. e T. O. Vale a dire quanto più moltiplicassimo e conoscessimo le distanze tra i due punti simmetrici del corpo fetale, riuscirebbe più approssimativo il risultato alla unità ideale del feto nato in presentazione di faccia.

Circonferenza toracica. — Non avendo dati sufficienti, mi limito a dare per ultimo la circonferenza toracica, che abbiamo di 10 casi e che venne riscontrata da alcuni autori superiore al normale nel parto per la faccia.

Il dott. Goria, assistente di questo istituto, nella clinica di Pisa ha fatto un esame metrico si può dire completo di singole parti del corpo sopra 68 feti, per vederne le proporzioni reciproche relative. Da tale statistica ancora da pubblicarsi gentilmente concessami, ho potuto rilevare che per 48 cm. di lunghezza e 2999 gr. in peso si ha una periferia toracica media presa a livello delle mammelle di cm. 30,8. Nei nostri 10 casi si ha la proporzione rispettiva 50 : 3361 : 34, vale a dire press'a poco la media del dott. Goria rispetto al peso ed alla lunghezza con un aumento relativo nella circonferenza toracica.

Prospetto dei dati diametrici fetali ottenuti in confronto col normale.

	Lunghezza	Peso	O. F.	O. M.	Bp. A.	Bp. O	S. O. B.
	cm.	grammi	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
Normale . .	50,0	3240	110,0	130,0	92,0	89	96
Nostra serie	49,4	3099	122,4	132,3	93,1	89	95
Differenza .	— mm. 6	— 141	+ 12,4	+ 2,3	+ 1,1	0	— 1

	S. O. F.	S. O. M.	D. M.	B. M.	B. T.	Gr. cir.
	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.	cm.
Normale	106,0	97,0	135,0	76,0	78,0	37,00
Nostra serie. . . .	107,4	98,7	134,8	73,6	76,6	36,07
Differenza	+ 1,4	+ 1,7	+ 2	— 2,4	— 1,4	— mm. 9,3

	Picc. cir.	B. Z.	M. B.	M. F.	T. F.	T. B.	T. O.
	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
Normale . .	325	76	110,0	87,0	96,00	97,0	107,0
Nostra serie	313	70	102,8	81,3	89,95	97,6	104,8
Differenza. .	— 12	— 6	— 7,2	— 5,7	— 6,1	+ 6	— 2,2

Il quadro precedente rappresenta in generale il quoziente delle singole misure prese per il massimo numero di individui, ma non sempre per gli stessi individui. Onde non possiamo affermare d'aver costrutto il tipo craniometrico di presentazione di faccia nei nostri 41 esemplari. Abbiamo fatto così di necessità perchè nei varii casi mancava l'uno o l'altro diametro e se noi avessimo voluto attenerci ad una serie in cui si avessero tutti i diametri considerati, il numero dei casi sarebbe stato così esiguo da non darci diritto a qualsivoglia conclusione. Chi ci ha seguiti fin qui può però rendersi conto che l'errore non è che minimo; perchè abbiamo sceverato i casi mostruosi, i cranii operati e quelli in cui mancava un ragguardevole numero di dati: inoltre fortunatamente i casi di cui i dati sono più abbondanti, sono quasi sempre identici. Ciò premesso, si può riassumere quanto emerge dal nostro prospetto colle seguenti considerazioni: il feto nelle nostre presentazioni di faccia è in media più piccolo e meno lungo del normale, calcolato assolutamente; ma tuttavia fatto il rapporto tra la lunghezza e peso sarebbe più lungo di quello che dovrebbe essere di mm. 16 circa. I diametri preponderanti sul normale sono l' O. F., l'O. M., il Bp. A., il S. O. F., il S. O. M., il D. M. Tale preponderanza, per quanto valutata per ciascun diametro non sia troppo significativa, acquista un certo valore invece per la somma dei diametri che rappresenta: vale a dire nel complesso abbiamo la dolicocefalia, una dolicocefalia artificiale (dovuta al meccanismo del parto) a spese del frontale, ma reale con probabilità a spese dell' occipite rapportandoci alla prevalenza dei diametri O. M., S. O. M., S. O. F., D. M. e alle considerazioni che siamo andati svolgendo nella trattazione del nostro tema pei singoli casi.

Il D. M. inoltre non cade nelle presentazioni di faccia sull'occipite appunto per la poca mobilità di quest'osso.

Nel nostro quadro si scorge ancora che i diametri inferiori al normale sono il S. O. B., il B. Mast. e tutti i diametri della faccia, tranne il T. B. che sarebbe di 6 mm. superiore al normale e che si può trascurare, visto che il suo aumento è fittizio e dovuto plausibilmente all'enfiagione transitoria del collo: quanto ci dice che i feti nati in presentazione di faccia hanno uno sviluppo della faccia sia assolutamente sia relativamente alle altre proporzioni del corpo inferiore alla media normale e che, avuto riguardo ai diametri che vanno al fronte, malgrado la dolicocefalia frontale più specialmente ridotti, si ha da una parte uno sviluppo ridotto del fronte e dall' altra uno schiacciamento della faccia in senso verticale, tale schiacciamento non è però dimostrato perchè anche il bimalare è diminuito, ma abbiamo pure una diminuzione del diametro bimastoideo. Il grande sviluppo dell'occipite, lo schiacciamento nel senso verticale della faccia, il poco sviluppo del fronte sono caratteri direi così tanto patognomonici, che mi porta subito all'idea dei quadrupedi a stazione orizzontale, che nascono per la faccia (vacca, cavallo, ecc.).

Il T. O. poi, come ho già osservato, ci dimostra la poca spostabilità dell'occipite da parte del meccanismo, ciò che ho già osservato a proposito di questo diametro. Il diametro biparietale ostetrico si può altresì considerare come alquanto superiore al normale relativamente allo sviluppo generale del feto e il diametro bimastoideo alquanto al di sotto della norma.

Il B. T. poi non si discosterebbe pure dalla norma stante la sua riducibilità.

Sulla Gr. Cir. e sulla piccola non posso dare un giudizio, avuto riguardo alla variabilità, per esprimermi con linguaggio geometrico, delle corde che le sottendono. Infine il confronto tra lo scarso sviluppo della faccia e i diametri preponderanti, che partendo dall' occipite vanno a quest'ultima, ci dimostrerebbe ancora la dolicocefalia reale a spese dell'occipite. Noto ancora che uno studio fatto dei varii diametri fetali a seconda della presentazione e posizione, per dedurne forme speciali della testa e corrispondentemente pelviche materne, non mi ha dato risultati degni di riporto.

(Continua).

Dott. MUZIO PAZZI

STORIA SCIENTIFICO-SOCIALE DELLA LEVATRICE

(Continuazione, vedi pag. 556).

Pasquali (1) nella prolusione al corso di ostetricia nella Maternità di Roma per l'anno 1894-95, trattò della asepsi e della antisepsi della donna in parto. Parlò di Leopold e di Ahlfeld come i due capi scuola della questione controversa dell'etero e dell'auto-infezione. Crede la pratica di Leopold (abolizione dell'esame interno vaginale, educazione nell'esame esterno-addominale) attuabile solo nelle Maternità e specialmente per le pluripare. Nelle primipare è necessario per la diagnosi di ricorrere alla esplorazione interna. Afferma che se « la irrigazione endovaginale di qualunque sostanza fatta distende la vagina e può diffondere quindi materiali settici, è pur vero che essa, assicurato che sia il completo deflusso dell' acqua di lavanda, buona parte di siffatti materiali condurrà via, fuori della vulva. La pratica seguita dall'A. è l'asepsi subiettiva ed oggettiva precedente al parto, delle lavande vaginali immediatamente dopo il secondamento. Per disinfettante usa il sublimato al 1 per 4000. L'A. si dichiara contrario alla abolizione delle levatrici.

Morau (2) ha comunicato recentemente alla Accademia di Medicina di Parigi di aver veduto in modo costante e normale i linfatici del terzo medio della vagina dare origine a due tronchi mediani, situati sulla pa-

(1) E. PASQUALI. Prolusione al corso di ostetricia: « L'asepsi e l'antisepsi della donna in parto, » relazione del dott. Micheli. *Riforma Medica*, Napoli, 1894, vol. IV, p. 757.

(2) MORAU. « Comunicazione fra i linfatici genitali della donna e quelli del retto. » Vedi corrispondenza della *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* di Milano, 1895, p. 30, vol. I.

rete posteriore di questo condotto, e risolversi in un sottile reticolo sulla parete posteriore del retto. Questo reticolo comunica largamente con quello simile della muscolatura del retto in tutti i punti in cui quest'ultimo è in contatto con la vagina. Questi dati anatomici permettono di comprendere che una infezione vagino-uterina può propagarsi al retto ed inversamente.

Bastianelli (1) avendo fatto uno studio etiologico sulle infezioni delle vie urinarie, ha stabilito che tale infezione può essere tanto ascendente che discendente. Questi studi dànno valore alla propagazione di una infezione dalle vie urinarie alla vagina e all' utero, e viceversa. Fra i microorganismi trovasi il bacillo di Koch, il proteo volgare, lo stafilococco, il gonococco, il colibacillo, ecc.

Recht (2) trattando della condotta da tenersi innanzi ad una puerpera che dopo il parto non urini, divide le opinioni dei varii autori in quelli che consigliano il cateterismo subito (e sono pochi), quelli che lo consigliano 24-36 ore dopo (e sono di più) e quelli che aspettano molto a lungo e sono i più. Avverte in ogni modo che il cateterismo deve essere praticato con la più meticolosa antisepsi, per non procurare cistiti ribelli e sepsi pericolose.

Menge K. (3) ha fatto un lungo lavoro sulla proprietà antimicrobica della secrezione vaginale delle donne non incinte. Nè posso a meno di ricordare i lavori importanti e recenti di Winter (4), Dumont (5), della Bruyant (6), di Burckardt (7), di Barbier (8), di Mer-

---

(1) Bastianelli. Comunicazione fatta all'Accademia di Medicina di Roma nella tornata del 23 Dicembre 1894.

(2) Recht. « Puerperio e cateterismo. » (*Bull. Med.*, N. 32, 1894, Paris). Vedi *Morgagni*, anno 37.°, Parte II, N. 3, 1895, p. 41.

(3) Menge K. « Ueber ein bacterienfeindliches Verhalten der Scheidensecrete der Nichtschwangeren. » *Deutsche med. Wochens.*, 15, 22, 29 Novembre 1894.

(4) G. Winter. « Ueber den Bakteriengehalt des Cervix. » *Central. f. Gyn.*, N. 19, 11 Maj 1895.

(5) Dumont. « Pseudo-infection puerpérale, d'origine intéstinale, due au coli-bacille. » *Arch. de tocologie*, Juillet 1894, Paris.

(6) M.lle Bruyant. « De principales causes d'élévation de température chez les accouchées. » Thèse de Paris, 1894.

(7) Burckardt L. « Ueber den Einfluss der Scheidenbacterien auf den Verlauf des Wochenbettes. » *Arch. f. Gyn.*, XLV, 1.°.

(8) Barbier. « Des pseudo-infections puerpérales d'origine intestinale. » Thèse de Paris.

mann (1), e specialmente di Waltard (2) recentissimo che riassumerò in breve.

Waltard facendo delle ricerche bacteriologiche sopra le secrezioni uterine e vaginali durante la gravidanza e lo stato puerperale, formula questa conclusione: « Le secrezioni vaginali di donne incinte che non abbiano subìta alcuna esplorazione interna, contengono frequentemente i germi della febbre puerperale, quali gli streptococchi, gli stafilococchi, gonococchi e colibacilli. Sopra ricerche fatte su 50 femmine, non ha mai constatato nel muco cervicale delle proprietà bactericide, ma ha riconosciuto che costituisce un terreno sfavorevolissimo alla coltura dei bacteri, e che per conseguenza impedisce la penetrazione dei germi nella cavità uterina » (i leucociti, il muco cervicale agirebbero dunque come antisettici fisiologici).

In ultimo rammenterò le ricerche fisiologiche sperimentali fatte nel gabinetto istochimico e bacteriologico dell' Ospedale Civile di Livorno dai dottori Coen e Levi (3).

Questi autori hanno considerato il potere assorbente della vagina e sono giunti alle seguenti conclusioni:

1.° La mucosa vaginale indubbiamente assorbe.

2.° Il potere di assorbimento è assai diverso per i varii medicamenti sperimentati; possiamo però dire in tesi generale, che mentre i corpi solubili sono relativamente abbastanza bene assorbiti, quelli insolubili lo sono pochissimo.

3.° La rapidità dell' assorbimento pur essendo varia nei diversi corpi esperimentali, si è mostrata quasi sempre compresa nei limiti fra una e due ore dalla apposizione della sostanza in vagina.

4.° *La vagina delle gravide, delle puerpere e delle febbricitanti assorbe con maggiore intensità.*

---

(1) « L' abolizione della antisepsi vaginale. » *Raccoglitore Medico*, Forlì, anno 58.°, serie 5.ª, 30 Marzo 1895, N. 9, vol. 19, p. 211.

(2) WALTARD. « Recherches bactériologiques sur les sécrétions utérines et vaginales pendant la grossesse et l'état puerpérale. » *Semaine Médicale*, Paris, anno X, 27 Avril 1895, ed *Archiv für Gynäkologie*, XLVIII, 1895.

(3) GIUSEPPE COEN e GUGLIELMO LEVI. « La vagina considerata come via di assorbimento. » dott. F. Vallardi, Milano, « Collezione italiana di Letture sulla medicina, » Serie VII, N. 2.

***

Non abbiamo la pretesa di aver passato in rassegna tutti i lavori usciti su tale argomento, ma abbiamo la coscienza di avere riassunto le idee condivise o controverse fra tutti gli ostetrici più illustri di tutte le nazioni.

Perchè tutto questo materiale raccolto giovi al medico e più ancora alle levatrici, è necessario riassumere i precetti principali, ma prima di determinarmi a questo cimento non credo inopportuno raccogliere ancora le notizie più interessanti riguardo ai nuovi metodi di cura della febbre puerperale, che furono come la conseguenza diretta degli studi e dei progressi fatti dalla bacteriologia.

A nessun italiano sarà passato di mente, che l'illustre nostro Baccelli consigliò per primo le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo, per il trattamento radicale della infezione sifilitica.

L'idea del clinico medico doveva portare i benefici della propria applicazione anche nel campo dell'ostetricia.

Kézmarzsky (1) dopo avere assoggettato una paziente, ma senza successo, a delle iniezioni sottocutanee di sublimato, in due altri casi di pioemia puerperale sottopose le ammalate alle iniezioni endovenose di sublimato, ottenendo un risultato sorprendente, portando gradualmente la dose da 1 milligrammo a 5 milligrammi.

Bona Gioachino, medico condotto in Troina (Italia) (2) nel Luglio e nel Novembre 1894 trattò medesimamente due malate di setticemia puerperale, con eguale risultato. Egli usò la siringa di Pravaz piena ogni volta di una soluzione di sublimato corrosivo.

Gli studi di Richther e Spiro nel laboratorio di Landerer (3), confrontando il modo di agire delle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo con quelle di acido cinnamico, hanno potuto stabilire che tali

---

(1) Kézmarzsky. « Intravenöse Sublimatinjektionen (Baccelli) bei venöser Sepsi im Wochenbett. » *Centralbl. f. Gyn.*, 22 Sept. 1894.

(2) Bona. « Le iniezioni intravenose alla Baccelli. » Supplemento al *Policlinico*, anno I, N. 10, Roma, 12 Gennaio 1895, p. 163.

(3) Richther e Spiro. *Arch. f. exp. Path. und Pharm.*, XXXIV, Bd. 3, 4 Heft.

iniezioni combattono l'infezione per il grande potere che hanno nell'eccitare la leucocitosi. Sappiamo infatti come i leucociti rappresentino fra gli elementi del nostro sangue i pionieri di difesa contro l'invasione dei germi settici.

Rimarrebbe ora di riassumere il meccanismo di azione delle tossine e delle antitossine entro l'organismo infetto, ma tale argomento ci porterebbe troppo fuori dalla cerchia delle cognizioni utili alla pratica; ripensando poi che tale questione è ancora sub-judice, mi sembra pratico attenersi ora alla spiegazione. L'organismo si difende dall'invasione dei microfiti oltre che col fagocitismo e coll'esagerare le funzioni degli emuntori naturali, anche con la produzione di sostanze antitossiche o antitossine o, secondo Buchner, alessine (1). Sopra tale concetto è fondata la ragione della immunità naturale ed artificiale che si induce nell'organismo per le varie malattie infettive.

Questo concetto ha inspirato l'ematoterapia prima e la sieroterapia, per la quale lo siero degli animali vaccinati contro il tetano, la difterite, la polmonite, il colera, il vaiuolo, il carbonchio, ecc. riesce preventivo e curativo contro le stesse malattie.

Le proprietà preventive ed antitossiche dello siero di un animale immunizzato (gradualmente, con piccole dosi di coltura dei germi proprii di una data malattia infettiva e dei loro prodotti), può agire anche su altri veleni: p. es. il siero degli animali immunizzati contro il carbonchio agisce sul bacillo della setticemia acuta.

Parascandolo (2) spinto dalle ricerche di Roux e Behring per la difterite, in cui gli autori sono arrivati ad immunizzare animali contro questa infezione, mediante inoculazione di tossine progressivamente maggiori e virulenti, ha voluto seguire lo stesso metodo per gli agenti piogeni. Egli si propone l'immunizzazione per lo stafilococcus pyogenes albus e per lo streptococco pyogenes che sono gli agenti principali della febbre puerperale da piogeni. Speriamo che le sue ricerche approderanno a qualche cosa di assoluto.

Viquerat, in Moudon (Schweiz) ritiene (3) che la sieroterapia contro

---

(1) Buchner. *Le Progrès Médicale*, 15 Dicembre 1894, N. 10, Paris.

(2) Parascandolo. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, Milano, 1895, vol. I, p. 95.

(3) Viquerat, in Moudon. « Das Staphylokokkenheilserum. » *Zeitsch. f. Hygiene*, XVIII Bd., III H.

le infezioni da stafilococchi sia un fatto assicurato. Per ottenere il siero immunizzante si sceglie come animale la capra, come metodo di preparazione quello di Behring. Le recenti comunicazioni di Roger (1), di Jacquot (2), di Mircoli (3), ecc., vengono a confermare quanto sopra. Anche il Gramakowski (4) si è occupato di tale argomento.

G. Piccinini da parecchi anni ha scritto e scrive (5) intorno alla inopportunità delle irrigazioni vaginali in puerperio, e insiste sulla necessità di proibire alle levatrici l'uso di un solo enteroclisma nelle famiglie diverse dei clienti e l'uso dell'acido borico che non merita la fiducia di bactericida. Rileva i difetti del nuovo regolamento e invoca maggiore educazione nelle famiglie e più istruzione nelle levatrici. Importante è l'opera dello Strassmann (6) sulla cura asettica nel parto.

* * *

Riassumerò ora in breve le cose principali che devono essere accettate come dogmi dalla levatrice moderna, che voglia vivere e mantenersi all'altezza della scienza.

La febbre puerperale è una infezione prodotta da germi della suppurazione, da germi della putrefazione o dagli uni e dagli altri insieme.

Lo studio della bacteriologia conduce alla investigazione del modo di vivere e di moltiplicarsi di questi germi nelle materie vive, nelle materie morte, fuori dell'organismo, dentro l'organismo, nei mezzi artificiali di coltura, ecc.

Tutto l'immenso lavoro che ha fatto tanto progredire la medicina

---

(1) *Semaine Médicale*, Paris, 1895, N. 17, p. 141. « Compte rendu de la Société de biologie » séance du 30 Mars 1895.

(2) JACQUOT (de Creil). « Action du sérum antistreptococcique sur la septicémie puerpérale. » Société de biologie, séance 11 Mai 1895, *Semaixe Médicale*, 1895, p. 225.

(3) MIRCOLI. « Immunizzazione del coniglio contro la setticemia da stafilococco piogeno: nota preventiva. » *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, Milano, 1894, anno XV, N. 20.

(4) GRAMAKOWSKY. « Immunizzazione contro lo streptococco. » *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, Milano, anno XVI, 1895, N. 52, p. 547.

(5) G. PICCININI. « L'arte ostetrica a Londra. » *Gazzetta Medica*, Roma, 1889; Supplemento del *Policlinico*, Roma, loco citato.

(6) STRASSMANN P. « Anleitung zur aseptischen Geburtshülfe. » In-8, p. 162; Berlin, Karger, 1894.

moderna, trovasi raccolto nella recente opera di Giorgio Rattone (1), al quale io rimando il lettore per tutti i dettagli sui quali sorvolo.

Ivi si trovano tutte le notizie e la bibliografia intorno alla batteriologia, alla patologia infettiva, alla vaccinazione, alla sieroterapia, alla profilassi delle malattie infettive ed alla igiene.

Importanti sono pure le ricerche del prof. Castellino (Pisa) sulla tossicità del siero del sangue, dei trasudati, essudati e dell'urina umana (2) e le osservazioni di bacteriologia clinica del Bonardi (Lucca) (3) Importanti pure la discussione avvenuta alla Società Biologica di Parigi sul siero antistreptococcico (4) e l'articolo di Poehl « La chimica nelle teorie della immunità » (5).

Io ricorderò solo le cose note a tutti, le più importanti e ristrette al mio campo.

La biologia dei microorganismi ha condotto ad ammettere che nella febbre puerperale non si riscontra un germe specifico come nella tubercolosi, nel tifo, nel vaiuolo, ma più spesso è determinata dalla presenza dello streptococco, dallo stafilococco (piogeni), dal colibacillo, dal proteo volgare, ecc. (saprogeni) in associazione o no fra loro con altri germi d'infezioni specifiche locali o generali (blenorragia, tubercolosi, ecc.).

I germi sono stati divisi in patogeni e non patogeni, perchè si è visto che alcuni di essi possono vivere alla superficie del corpo e nel caso nostro nel canale genitale, senza cagionare malattie locali e generali. Non deve essere interpretata tale denominazione in senso assoluto, perchè tutti i microgermi sono alla lor volta patogeni.

Infatti sappiamo che essi nel vivere, approfittando delle sostanze vive o morte del nostro organismo, dànno luogo a dei prodotti velenosi, a tossine (piogeni), a ptomaine (saprogeni), che assorbiti nuocono alla intera economia.

---

(1) G. Rattone. « Dei microorganismi con speciale riguardo alla etiologia e profilassi delle malattie infettive. » Torino, Rosenberg e Sellier, 1894, p. 706.

(2) F. Pietro Castellino. *Morgagni*, anno XXXVII, parte I, N. 1, Gennaio 1895, p. 1 e seg.

(3) Edoardo Bonardi. *Morgagni*, Milano, 1895, parte I, N. 1, p. 50 e seg.

(4) Société de Biologie, Paris. Séance du 23 Février 1895. *Semaine Médicale*, 15.° anno, 27 Febbraio 1895, p. 89.

(5) *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 6, 1895; *Riforma Medica*, 1895, vol. I, p. 500, Napoli.

Lo studio clinico ha però condotto a scoprire che dei veleni, o sostanze chimiche nocive, possono formarsi anche indipendentemente dalla presenza dei microorganismi, nei tessuti contusi specialmente delle partorienti e sono le leucomaine che dànno la febbre asettica.

Inoltre la chimica ha assodato, che questi germi infettivi possono rimanere localizzati agli organi genitali e destare infiammazioni locali, che guariscono facilmente e producono febbri leggiere.

Questioni capitali hanno risolto la clinica e la bacteriologia insieme, la via di entrata dei germi dell' infezione, la loro via d'uscita, il modo come la natura fa reagire i tessuti organici liquidi e solidi contro l'infezione. Il fagocitismo da una parte, la funzione del sudore e delle urine dall'altra, la formazione di antitossina naturale che venga a neutralizzare i veleni di quella data infezione e costituisca l' immunità animale, rappresentano le armi di difesa della natura.

Queste armi non sempre sono sufficienti. Ecco perchè l'uomo ha pensato a tutti i mezzi di cura interna, per combattere le tossicoemie sino a concepire l'immunità artificiale contro le varie malattie infettive. Ma per la febbre puerperale non si è andati tanto avanti come per altre infezioni, e la mortalità presente che essa genera, quantunque non più confrontabile con quella delle epoche passate, sta ad attestare che i mezzi di cura che noi possediamo sono ancora troppo fallibili. Ma se non possiamo curare la infezione noi la possiamo prevenire.

Conosciamo la via d'entrata dei microgermi e contro di loro possiamo innalzare le barricate. Le due teorie dominanti oggigiorno sulla *auto-infezione* ed *etero-infezione* potrebbero lasciare il dubbio che non conoscessimo ancora la via di entrata dei microparassiti.

Ma questa distinzione se può servire per distinguere l' opinione di quelli, che ammettono che l' infezione puerperale possa dipendere da germi che preesistono nel canale vagino-uterino al parto, non è a credere che questi germi si formino dentro l'organismo.

In una recente lezione (1) il prof. Tarnier così si esprimeva:

« È opportuno per altro che io vi faccia rilevare come codesta distinzione in etero ed auto-infezione non sia rigorosamente esatta: e, in

---

(1) *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, Milano, 31 Gennaio 1895, N. 14, p. 140.

vero, anche in quei casi in cui i microbi giungono all'utero dalla vagina, possiamo forse dire che provengano dall'interno? No certo; e perchè?

« Perchè i microorganismi i quali sono attualmente in vagina vi sono pervenuti dall'esterno in un'epoca anteriore. »

Dunque i germi infettivi vengono dal di fuori, ed oltre che nell'aria sono negli oggetti che ci circondano, nel suolo, negli indumenti, alla superficie del corpo, ecc.

I microbi che più spesso si rinvengono sono lo streptococco, lo stafilococco, il vibrione settico di Pasteur, ma questi dànno luogo a sindrome fenomeniche, differenti secondo che si trovano soli o accompagnati.

« Di qui, dice il Tarnier, un quesito, e cioè come si debba denominare la malattia infettiva che assale una puerpera.

« Una donna muore per infezione, come si chiama questa infezione?

« Si dice setticemia: va bene, ma a quale setticemia si vuole alludere? non tutte le setticemie infatti si rassomigliano, ed i loro sintomi varieranno col variare dei microbi da cui avranno preso origine. Occorrerebbe quindi vedere di chiarire un po' meglio le denominazioni. Vi sono due categorie ben differenti già per la loro essenza: l'una comprende quei casi in cui si trova la suppurazione; l'altra in cui la suppurazione non esiste. La prima è prodotta dallo streptococco e dallo stafilococco; la seconda dal vibrione settico di Pasteur.

« Io vi propongo perciò di denominare la prima serie dei casi: *febbre puerperale purulenta;* la seconda *febbre settica.* »

Il più delle volte sfugge il momento della inoculazione nei genitali della donna dei germi.

La paziente stessa, il medico, la levatrice, il marito possono alla lor volta essere i portatori della infezione.

Accetteremo noi ancora la definizione in germi patogeni e non patogeni?

Il Doria (1) recentemente scrive: « Le distinzioni che ancora si fanno fra microorganismi patogeni e non patogeni, fra germi parassiti

---

(1) Tullio Rossi Doria. « Contributo allo studio delle tossiemie e delle infezioni gravidiche. » *Policlinico,* anno II, N. 3, Febbraio 1895, Roma.

e saprofiti tendono certamente a scomparire col progredire delle nostre cognizioni bacteriologiche e patologiche. »

Infatti da una serie di osservazioni dall'autore praticate nell'Istituto clinico diretto dal Pasquali, portando un contributo allo studio delle tossiemie e delle infezioni gravidiche, ha potuto stabilire che le differenze tra parassiti e saprofiti, ossia fra germi delle sostanze vive e delle morte sono minime, che nè per gli uni nè per gli altri è dimostrato che il terreno di coltura animale sia perfettamente vivo o perfettamente morto. Per l'organismo materno possono essere nocivi tanto i germi patogeni e non patogeni, secondo il grado di avvelenamento dell'organismo dovuto ai loro prodotti di riduzione. Questi veleni, queste tossine, assorbite dall' economia, diminuiscono il potere di resistenza animale, e rendono capace l'invasione dell'organismo anche di germi che normalmente non vi si sviluppano (saprogeni).

Riteniamo però come cosa certa che il secreto vaginale, il quale se per un dato momento può favorire lo sviluppo di certi germi, non tarda però a diventare contrario alla loro esistenza.

Abbiamo già osservato come Kroenig abbia ricercato la reazione del segreto vaginale sopra 200 gravide ed abbia sempre trovato un grado di acidità incompatibile con la vita dello streptococco. Gli studi del Kroenig si collegano benissimo con quelli della nostra scuola di Padova.

Il dott. Alessandro Peri ha fatto un lavoro (1) intorno alle variazioni della reazione chimica nel secreto vaginale della donna, ed appoggiandosi ai lavori del Donné, Hausmann, Crosti, Döderlein, Jaksh, Cuzzi, ecc. che in genere ammettono l'acidità del secreto o meglio detto *trasudato vaginale,* è venuto alle seguenti conclusioni:

1.° Il secreto vaginale della donna dalla nascita agli ultimi anni di vita è sempre acido, purchè lo si consideri in tempi lontani dalla mestruazione, gravidanza, puerperio, ecc.

2.° La reazione non varia, in qualunque punto della parete vaginale si assaggi il secreto.

3.° L'acidità del secreto è rilevante alla nascita, diminuisce nella

---

(1) *Rassegna Medica,* Bologna, 1895, p. 1, N. 1, anno III.

fanciullezza e pubertà, rimane stazionario nella età matura, per diminuire coll'avvicinarsi dell'età critica e dopo.

4.° L'acidità è dovuta a modificazioni chimiche, che avvengono nelle pareti della vagina, mentre l'alcalinità è dovuta alla unione del muco uterino più o meno commisto a sangue.

5.° Esiste un rapporto diretto fra copia del secreto ed acidità.

6.° Durante la mestruazione, tre giorni prima e quattro giorni dopo, il secreto è *alcalino:* parimenti alcalino è nel puerperio fisiologico e patologico.

7.° Nelle donne amenorroiche per clorosi, anemia, ecc., per allattamento o nei primi mesi della gravidanza, si nota l'alcalinizzazione del secreto per due o tre giorni nello spazio di un mese *(equivalente fisiologico della mestruazione).*

8.° Durante la gravidanza l'acidità aumenta nel primo trimestre, diminuisce nel secondo, per crescere poi nel terzo trimestre.

9.° Il secreto vaginale nel campo della patologia si dimostra alcalino in tutte le affezioni ginecologiche proprie dell'utero e trasmesse a questo da malattie degli annessi.

* * *

La febbre puerperale si può e si deve prevenire, e questo si può ottenere con l'asepsi e l'antisepsi.

Ma l'asepsi non si può ottenere senza l'antisepsi, come l'antisepsi non si ottiene sicuramente senza sublimato corrosivo.

L'antisepsi dell'ostetrico e della levatrice, dei genitali esterni ed interni della puerpera e dell'ambiente che la circondano, costituiscono l'ancora di salvezza contro la febbre puerperale. Ammesso che l'infezione venga sempre di fuori e che il segreto vaginale sia antibacterico, osservata l'antisepsi dell'ostetrico, della levatrice, degli oggetti, degli istrumenti, dei genitali esterni della puerpera, sono da abolirsi le lavande nella gravidanza, durante il parto e nel puerperio?

Nelle Maternità può farsene a meno, lo ha dimostrato il Leopold.

Nella pratica privata deve guidare il buon senso della levatrice e del medico.

Alcune donne sono così sporche e malate nei genitali che sarebbe un peccato non lavarle.

Dopo molte esplorazioni, non tutte asettiche certamente, dopo un lungo parto, dopo applicazioni di istrumenti, dopo il secondamento artificiale, una lavanda antisettica endogenitale diventa una cosa necessaria.

Nei casi spiccatamente normali basta l'asepsi della puerpera.

La levatrice deve persuadersi che l'antisepsi subiettiva non può ottenersi con l'acido borico, solamente con una saponata superficiale delle mani e con una semplice lavanda dei genitali esterni della donna.

La levatrice e l'ostetrico devono ricordare che le cure prestate alla puerpera non contano se sono asettiche solo in principio del travaglio del parto, ma lo devono essere fino alla fine.

Il chiarissimo prof. Chiarleoni, direttore della clinica ostetrica di Palermo, in una dotta conferenza tenuta alla Guardia Ostetrica di Milano per le levatrici ebbe a conchiudere (1):

« Sia dunque sempre vostra divisa la nettezza della persona e la massima pulizia della partoriente. Con questa vi sto garante, che i successi, che non si smentiranno mai, vi compenseranno ad usura delle poche fatiche incontrate. »

Degni di essere letti sono i discorsi del Marocco (2) e Cioja (3) sull'antisepsi ostetrica e del Cioja sul palpamento addominale nella diagnosi ostetrica che non riassumerò per brevità.

L'antisepsi è dunque una cosa indispensabile da praticarsi, e con essa si pratica l'asepsi.

La levatrice moderna che non può negare i trionfi progressivi della scienza, deve inchinarsi al volere dei tempi e se non vuol essere responsabile della diffusione della febbre puerperale e della morte delle donne, deve fare di tutto per ottenere l'asepsi.

« Per questo intervento » dice il dott. G. Piccinini (4) « noi dobbiamo aver fede, più che in altro nella propaganda scientifica fatta con

---

(1) *Giornale delle levatrici*, Milano, anno II, 1888, N. 7-8, pag. 49-58. « Sull'assistenza antisettica al parto. »

(2) *Giornale per le levatrici*, Milano, anno IX, N. 5, 1895, pag. 33, 34, 35, 36, 39.

(3) *Giornale per le levatrici*, Milano, anno IX, 1895, N. 8, pag. 59, 60, 61.

(4) Supplemento al *Policlinico*, Roma, anno I, N. 13, pag. 211, 1895.

tutti i mezzi di cui disponiamo. E forse sarebbe un gran bene, che venisse lasciato agli insegnanti di ostetricia ed ai medici il compito e la responsabilità d'istruire le levatrici e le famiglie sul migliore trattamento igienico delle partorienti, anche perchè questo può da un tempo all'altro subire dei perfezionamenti. Il risultato sarebbe sicuramente soddisfacente: perchè l'*igiene* è come la *carità,* non si ottiene con le leggi, ma s'impone con l'*educazione.* »

Recentissimamente il dott. Paul Strassmann (Berlino) ha elaborato una eccellente « Guida all'asepsi ostetrica » destinata ad istruire le levatrici nel palpamento accurato esterno della gestanza e a renderle prudentissime nella esplorazione interna secondo i dettami di Leopold. È sperabile che questo libro venga presto tradotto per utile delle levatrici (1).

* * *

Ma c'era proprio bisogno di insistere tanto su questo argomento? È proprio vero che la febbre puerperale miete tante vittime? È possibile che vi sia tale ignoranza nelle levatrici moderne?

L'infezione delle puerpere costituisce al giorno d'oggi la fedina criminale della levatrice e dell'ostetrico. Tutte le volte che questi non osservano scrupolosamente le leggi dell'antisepsi e dell'asepsi, corrono il pericolo d'incontrare la febbre puerperale e sono responsabili della vita di tutte le vittime che questo morbo implacabile farà. Che vi sieno febbri puerperali dipendenti da complicazioni di processi acuti e cronici infettivi preesistenti al parto della donna è una cosa vera di rado, contestabile molto spesso, probabile sì, ma non assoluta.

La grande morbilità per processi puerperali sfugge alle statistiche, perchè esse raccolgono solo la mortalità, e ciò sta ad indicare che se l'*ostetricia* ai nostri giorni è rifatta, sono da rifare le levatrici ed i medici, similmente alla sentenza di Massimo d'Azelio che se l'Italia è fatta sono da fare gl'italiani.

Per persuadere maggiormente della verità del mio asserto passerò brevemente in rivista alcune statistiche.

---

(1) P. Strassmann (Berlino). « Anleitung zur aseptischen Geburtshülfe. » Berlin, S. Karger, 1895.

Abbiamo già detto che il Miranda occupandosi di raccogliere tali statistiche, ho trovato che in Italia dal 1887 al 1892 sono morte 32166 donne per infezione puerperale.

Da una statistica degli anni 1891 e 1892 pubblicata per cura del Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio (1), Direzione Generale della statistica, togliamo le seguenti cifre riguardo la mortalità di febbre puerperale:

nel 1890	. . . . .	1682 donne
» 1891	. . . . .	1633 »
» 1892	. . . . .	1530 »

È ben vero che il numero dei casi d'infezione è in diminuzione e quasi ridotto a 1500 all'anno, ma ritorna assai giusto osservare quanto dice il prof. Ruata (2) di Perugia:

« Abituati a parlare di morti a 10-15-30 mila alla volta, il numero di 1500 potrà sembrare non molto considerevole. Pensate tuttavia quale immenso effetto farebbe una notizia la quale dicesse che in un disastro ferroviario perirono 1500 persone, oppure che degli assassini uccisero 1500 donne!... Eppure trattasi di morti consimili, di morti che dovrebbero impressionare anche maggiormente, perchè ogni morte per febbre puerperale segna un grado di ignoranza tale da farci pensare che il misfatto sarà certamente ripetuto se tale ignoranza non sarà debellata.

È ben vero che confrontando la mortalità per febbre puerperale che si ebbe in Italia negli anni 1887-88-89-90-91-92 con quella che si ebbe negli altri stati d'Europa, nello stesso periodo di tempo e nella proporzione di 100,000 abitanti, abbiamo il seguente quadro:

in Italia	6	morte	nella sola Prussia	17	morte
in Inghilterra . .	7	»	nella Svizzera . .	11	»
nella Scozia . . .	8	»	nel Belgio . . .	18	»
nell'Irlanda . . .	6	»	nell'Olanda . . .	4	»
nell'Imp. Germanico	9	»	nella Svezia . . .	5	»

(1) *Giornale delle levatrici*, Milano, anno 1894, mese di Settembre, pag. 136.

(2) C. Ruata. « I principali problemi dell'igiene. » *La salute pubblica*, Perugia, vol. VII, N. 82, 15 Ottobre 1894, pag. 289.

Il dott. Piccinini (1) avendo fatto delle ricerche sulle mortalità per l'infezione puerperale nella capitale, ci dà il seguente lusinghiero specchietto :

Anno	Popolazione	Febbre puerperale	Peritonite o pelvi-perit.	Totale
1887	382,973	25	23	48
1888	401,044	22	19	41
1889	415,498	16	19	35
1890	423,217	17	11	28
1891	436,179	6	11	17
1892	440,596	12	6	18
1893	450,991	5	10	15

È altrettanto vero però che una esatta statistica per cura della Direzione centrale di Sanità, dimostra che nel 1893 i medici dei comuni d'Italia denunziarono 4040 casi d'infezione puerperale (2).

Abbiamo migliorato o peggiorato? Non oso rispondere ed osservo solo che non è il momento più opportuno per gloriarci dello stato presente. Conviene lavorare e lavorare molto per togliere la causa di tanti eccidi che fanno vergogna per un popolo civile e pieno di vita scientifica progressiva.

Una delle cause non mai abbastanza ripetuta, è dovuta agli errori seminati fra le levatrici e di cui io ne rileverò pochi, ma i più gravi e diffusi.

« Tradisce la sua missione quella levatrice » dice Barone nel suo *Manuale di Ostetricia minore* « che sotto specie di compiere un mandato scientifico, tenta legittimare con quello le azioni malvage del suo mal talento, e le influenze deleterie di una natura smodata e corrotta. » Si sa che la levatrice non è chiamata ad assistere le proprie clienti solo nel momento del parto, ma che è interpellata anche durante la gravidanza e spesso in casi non legittimi.

---

(1) Supplemento al *Policlinico*, Roma, Anno I, N. 13, pag. 211, 1895.

(2) Vedi *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia*, Napoli, Settembre 1894, N. 9, Copertina pag. 3.

In qual modo la levatrice disimpegna il proprio ufficio di suggerire le più strette regole d'igiene della gravidanza? Si consiglia di assecondare l'appetito pervertito anche se conduce a malattia, purchè il frutto del concepimento non venga alla luce con delle voglie; si consiglia di stringersi il ventre con appositi fascioni perchè non cresca, se la gravidanza deve occultarsi, o per non ricevere scosse se le condizioni della cliente è tale che essa non debba esimersi dall' andare in carrozza, al ballo, a cavallo, ecc.; si consiglia di fare delle iniezioni vaginali di acqua di crusca, come che sia per rinfrescare; si consigliano purganti e clisteri indipendentemente dall'avere rilevato se i disturbi nella sfera degli organi digestivi sono riflessi o secondarii a qualche malattia.

Raramente la levatrice sottopone le proprie clienti alla misurazione del bacino, e si contenta di fare una esplorazione come che sia pur di non sentire il promontorio del sacro, per asserire che non esiste vizio pelvico. Non pensano che vizii pelvici anche leggeri possono divenire distocia grave nel parto per molteplici condizioni.

Non raccomandano l' igiene dei capezzoli nelle ultime settimane di gravidanza.

Si preoccupano poco dell'esame esterno della gravida e dànno troppa importanza alla esplorazione interna, che invece può tornare nociva.

Durante l'assistenza al parto molto più numerose sono le trasgressioni che commettono le levatrici. Prima di tutto hanno troppa fiducia nelle soluzioni boriche al 4 0[0 e poche volte si servono delle soluzioni al sublimato. In tal modo l'antisepsi che fanno è difettosa e nella pratica della levatrice può dirsi che l'asepsi non viene mai conosciuta.

Dopo lavate, insaponate e risciaquate le mani si ungono con vaselina spesso non mista ad antisettici, quando non si contenta di adoperare del burro fresco, e dell'olio fino crudo o tutto al più appena riscaldato.

Passano quindi direttamente alla esplorazione senza lavare il più delle volte i genitali esterni ed interni, senza scoprire le donne, passando con la mano sotto le lenzuola, e toccando con le dita che dovranno esplorare, le lenzuola, le gambe e le coscie della partoriente, i peli della vulva, il perineo prima di penetrare in vagina. Se questo quadro di assistenza si riscontra poche volte in città, quasi sempre si riscontra nelle campagne.

Bisogna convenire che le levatrici non hanno un sufficiente concetto della antisepsi.

Infatti quante levatrici non si ricordano di lasciare per qualche minuto la siringa da iniezione a bagno in un liquido antisettico e prima di innestarla nel tubo di gomma dell'irrigatore l'appoggiano o sulla tavola, o sopra il letto o in qualche luogo poco pulito? Quante levatrici dopo aver fatto una diligente disinfezione delle mani prima di fare la prima esplorazione, si contentano, nelle esplorazioni successive, di bagnarsi appena le mani, o con la persuasione di non aver toccato niente di sporco fanno a meno di lavarsi? Quante levatrici fanno dei clisteri e delle lavande vaginali di pulizia interpolatamente senza curarsi di avere sempre le mani e gli oggetti a bagno negli antisettici? Quante levatrici fanno esplorazioni tutt'altro che asettiche senza aver la coscienza di quello che fanno, senza farle seguire da una lavanda? Quante levatrici fanno lavande vaginali nel puerperio normale quando necessiterebbero solo le lavande esterne? Quante levatrici dopo aver fatto (accettiamolo pure) tutto ciò che l'antisepsi e l'asepsi esige, si dimenticano di proteggere le piaghe del perineo con garza o cotone antisettico, applicano una pezza di bucato senza pensare che non è passata per la stufa sterilizzatrice.

Ma questo non è tutto! Vi sono levatrici che non si curano mai di sorvegliare il doppio battito fetale o non sanno cosa sia, o non sanno distinguere quello normale da quello anormale.

Molte volte rompono il sacco delle acque precocemente, o credono la testa fetale giunta allo stretto inferiore quando è ancora allo stretto superiore, o mandano a chiamare inutilmente l'ostetrico o troppo tardi.

Vi sono levatrici che tengono le dita in vagina delle ore, che dilatano e lacerano la cervice uterina, che ungono la vagina perchè scivoli la testa del feto; levatrici che permettono alle clienti di toccarsi i genitali, che si fanno aiutare da persone non pratiche o che incaricano di fare la pulizia persone che non la conoscono neppure di nome.

E quante spiegazioni e quanti consigli errati dati durante il puerperio!

Se la lochiazione sanguigna si arresta è segno che la donna non ha più sangue o che questo è salito al cervello, e se c'è tosse è andato ai polmoni e invece di chiamare il medico è meglio prendere un decotto di capilvenere.

Se i lochi diventano subito sierosi o purulenti vuol dire che il latte dalle mammelle passa nell'utero per venir fuori.

Se i lochi sanguigni si sospendono e poi ritornano per varie volte, è segno che la donna ha molto sangue ed ha bisogno di questo sfogo naturale. E non sanno le levatrici che l'irregolarità nella funzione locale può essere il preludio di una metrite puerperale?

Quante levatrici fanno iniezioni inutili e pericolose durante il puerperio. Quante levatrici non si preoccupano di una febbre che suol cogliere le puerpere in 3.ª, 4.ª, 5.ª giornata senza raggiungere un grado elevato, magari con tipo intermittente, della quale si dà la colpa a tutto fuorchè ad infezione locale dovuta a microparassiti di buona memoria? Quante levatrici non consigliano per le ragadi al capezzolo, di ungere con olio di streghe, con unto di padella, indi coprirle con foglie fresche di cavolo?

E le mastiti che possono sopravvenire? Dipendono da latte andato a male, secondo queste levatrici, ma dei microgermi della suppurazione non se ne curano.

Altri errori vi sono nella cura dei neonati. Alcune levatrici tagliano troppo presto il cordone ombellicale, altre non curano profilatticamente gli occhi del neonato, altre strappano il frenulo linguale, altre lasciano dormire i bimbi malati d'occhi con la madre senza pensare che il male dei medesimi può propagarsi ai capezzoli se con ragadi; altre sostengono di avere veduto morire più facilmente feti di otto mesi che di sette; altre consigliano l'allattamento o lo sconsigliano a capriccio o per secondare la voglia della madre; altre consigliano l'allattamento misto e le pappe quando è ancora nocivo; altre consigliano nella piena o quando vi sono ragadi di farsi svuotare il petto da persone pratiche (pulizia!) o da altri bimbi (che possono magari essere sifilitici); altre levatrici fanno siringature vescicali con la massima indifferenza, provocando cistiti gravi che passano per infiammazioni del parto, mentre sono infettive.

Ma credete che questi errori sono i più grossolani e che altri mi sono sfuggiti, che altri non conosco; è che i più non li ho voluti passare in rassegna per non annoiare.

Un ultimo errore non posso tacere ed è la smania che le levatrici hanno di battezzare il bimbo troppo presto, portandolo fuori di casa quando appunto è in condizione di ammalare troppo presto. Sarebbe bene che, come si fa in alcune città, p. es. Modena, il battesimo si facesse a casa.

Finalmente non posso tacere che la levatrice d'oggi gode poca ri-

putazione per la sua morale, per la poca religione, per gli intrighi che tiene fra le mani, per la poca educazione e per la poca istruzione.

Con questa invettiva non intendo di offendere tutto il corpo delle levatrici, dico solamente che il numero delle levatrici, buone, sagge, prudenti, coscienti, sono mescolate al fango della ignoranza e della perdizione. Basti che vi porti l'esempio di alcune che professano la loro arte, chi sa in quali case? in che modo? per quale scopo? e che fanno le prostitute nelle ore d'ozio. Non converrebbe torre il diploma a questa gente?

So che un sacerdote tedesco, il parroco R. Schönberner (1) comprendendo l'importante missione delle levatrici sui costumi del popolo, tenne una conferenza su questo argomento il 4 Febbraio 1890 alla Società delle levatrici di Berlino. L'oratore mise in evidenza la popolarità di cui gode la levatrice che viene in contatto con persone di ogni stato sociale, e dimostrò quanto possa fare colla parola e sopratutto coll'esempio per riaccendere e rinfocolare l'amore della famiglia che è cardine su cui poggia la forza morale ed economica di una nazione. Ricordò con molta efficacia a quanti dolori e a quante gioie assiste la levatrice, ammessa alla massima confidenza delle cure domestiche e come possa perciò confortare, insegnare, correggere colla sua parola e coll'esempio di una condotta esemplare.

Io dunque non avrò mai predicato abbastanza che le levatrici hanno bisogno di innalzare il proprio decoro troppo abbassato dalla vicissitudine dei tempi. Educazione, istruzione, mitezza d'animo, onestà sono le doti che dovrebbero essere di tutte le levatrici, perchè quando si sente il loro nome non si debba formare col labbro un sorriso malizioso.

* * *

Siamo giunti ad un punto che torna all'orecchio la domanda fatta dal Miranda alla Società Italiana di ostetricia e ginecologia a Roma nell'Ottobre 1894: necessita la levatrice o conviene abolirla?

La risposta per me è la seguente: la levatrice non può e non deve scomparire dalla faccia della terra, ma affigliata alla classe benemerita

---

(1) *Gazzetta tedesca delle levatrici*, vedi *Giornale per le levatrici*, Milano, 1890, Agosto, N. 15.

dei medici, deve migliorare le proprie condizioni, deve rinnovarsi, deve progredire all'unissono con la scienza moderna.

Questo lo può fare seguendo intanto i *dieci comandamenti* scritti dal Leopold, direttore della Maternità di Dresda (1).

1. Praticherai spesso l'esame esterno, ma limiterai per quanto è possibile l'interno.

2. Ripeterai l'ascoltazione del battito cardiaco fetale, che da un momento all'altro può subire gravi alterazioni.

3. Non romperai senza motivo il sacco, nè farai dannosi tentativi di dilatazione sull'orificio uterino.

4. Risparmierai alla donna l'esame interno fin che sia possibile di raccogliere dati sufficienti, coll'indagine esterna, con essa si può giungere a distinguere nettamente la testa, il dorso, il podice e perfino la placenta.

5. Siano sempre le tue mani candide, pulite, senza odore, e terse le tue unghie.

6. Se appena hai un dubbio, se un pericolo minaccia la medre o il feto, chiama sollecita il medico. Non fare soverchia fidanza nelle tue forze; è biasimevole cosa il voler figurare più di ciò che si è.

7. Nel secondamento sii paziente: ti eviterai il rimorso di aver determinato una ritenzione di membrane.

8. Non trascurerai di sorvegliare il perineo, se si lacera consiglierai di farlo cucire.

9. Usa della più scrupolosa pulizia in tutta l'assistenza al parto, così potranno dormire tranquilli la puerpera e il bambino, nè avrai bisogno di disturbare il medico.

10. Fa tutto quanto si è possibile per ottenere puerperii sempre normali: se una donna da te assistita si ammala, non esitare a riconoscere francamente la tua colpa: le tue mani non erano pulite, e tu sola sei responsabile di tutto. Un'altra volta procurerai di far meglio.

(Continua).

---

(1) Leopold. Dal *Giornale delle levatrici* di Berlino, *Giornale per le levatrici*, Milano, 1889, anno III, N. 8, pag. 64.

RASSEGNA

W. W. POTEJENKO. — **Sette laparotomie.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 1, 1895.

La relazione comprende i seguenti atti operativi: una laparotomia per cistoma prolifero ghiandolare dell'ovaio, guarigione — due laparotomie per cistoma ovarico sinistro, guarigione — una laparotomia per sarcoma dell'omento (resezione di un tratto lungo 3 cm. d'ansa intestinale alterata), morte — una miomotomia per fibroma uterino (trattamento intraperitoneale del peduncolo secondo Ott), guarigione — una laparotomia pei salpingo-ovarite bilaterale cronica e gravidanza extra-uterina tubarica sinistra, guarigione — una laparotomia esplorativa per sarcoma renale, *prima intentio* dell'incisione addominale.

Dott. L. Villa.

W. GRUSDEW. — **Contributo allo studio dell'idramnios acuto, con speciale riguardo alla dottrina dell'eziologia di esso.** — *St. Petersburg. medic. Woch.*, Suppl. N. 2, 1895.

Dalla rassegna degli studi riferentisi a tale argomento, l'A. conclude che il liquido amniotico deriva dalla trasudazione dei vasi placentari e dalla escrezione urinaria del feto. L'idramnios si presenta il più spesso nelle pluripare, sovente come rappresentante di un'infezione sifilitica che abbia causato cirrosi epatica e di conseguenza, alterazioni nel circolo.

Una donna di 27 anni, gravida al VI mese, offriva una circonferenza addominale, all'altezza del bellico, di 97 centimetri, fluttuazione spinta del ventre ove sballottavasi facilmente il contenuto uterino, dispnea, senso di peso, traccie di albumina. La circonferenza addominale andò aumentando nel mese successivo. Verso la metà del settimo apparvero i dolori, il sacco si ruppe e ne sgorgarono da 7 ad 8 litri di liquido amniotico. Si potè allora stabilire la diagnosi di gravidanza gemellare, con due sacchi distinti. Le membrane erano ispessite e offrivano all'indagine microscopica, ipertrofia connettivale, e rigonfiamento dei villi coriali.

Il liquido amniotico spettante all'uno dei due feti aveva reazione alcalina, aveva colore bruno cioccolatte, p. p. = 1010: conteneva il 0.5 $^0/_{00}$ di albumina,

il 0.25 ‰ di urea: quello dell'altro feto aveva colore chiaro, p. p. = 1018, ed era nella quantità di circa $^3/_4$ di litro. Il cordone ombellicale si inseriva alla placenta per sette rami disposti a ventaglio, era molto torto ed offriva il lume molto ristretto. Quest'ultima circostanza spiegava il ristagno nel circolo placentare donde aveva avuto origine la trasudazione di siero che aveva cagionato l'idramnios.

Dott. L. Villa.

F. FAWIUSS. — **Sette casi di carcinoma uterino trattati colle iniezioni di acido salicilico.** — *St. Petersburg. medic. Woch.*, Suppl. N. 2, 1895.

L'A. adoperò una soluzione alcoolica (alcool a 60°) al 6 %: fatta precedere una lavatura disinfettante del canale vaginale e afferrata la *portio* con pinze a cucchiaio, iniettava in diversi punti della massa neoplastica, da 1-4 centimetri cubi della soluzione, infiggendo l'ago abbastanza profondamente ($^2/_3$ di cm.)

In sul principio l'iniezione cagionava discreta emorragia, che però presto cessava: nelle iniezioni successive essa non compariva più. Si medicava la *portio* coll'jodoformio, si introducevano in vagina 2 o 3 tamponi di ovatta imbevuta pure di glicerina jodoformica e si poneva la donna a letto. I dolori suscitati da tale intervento non sono continui, anzi di solito sogliono scomparire abbastanza rapidamente. I risultati furono assai soddisfacenti, in ispecie nei carcinomi inoperabili. Le emorragie cessano, la perdita fetente ed irritante dei genitali dapprima diminuisce, poi si sospende del tutto, si calmano notevolmente i dolori, migliora lo stato generale, si prolunga il decorso della malattia.

L'A. fa la storia particolareggiata de' suoi sette casi.

Dott. L. Villa.

B. J. FEINBERG. — **Inversio vesicæ urinariæ per fissuram abdominis cum atresia vaginæ.** — *St. Petersburg. medic. Woch.*, Suppl. N. 2, 1895.

Trattasi del seguente vizio di formazione: nei quadranti inferiori dell'addome, fra il bellico e la sinfisi esiste una tumefazione rossastra, umidiccia, coperta da una mucosa, larga cm. 3,5, lunga cm. 2,5. In alto essa si continua coll'ombellico, normalmente conformato, e colla cute dell'addome; in basso si continua colla cute che copre la regione pubica. Nella zona inferiore della tumefazione sono facilmente riconoscibili il triangolo di Lieutaud e le boccuccie dei due ureteri. Manca le sincondrosi delle osse pubiche, al posto delle quale apresi una fessura di 2 cen-

timetri di larghezza. La rima vulvare è velata da una membranella, pure larga 2 centimetri, che si tende dal margine del pube alla fessura anale: ai due lati della membranella si scorgono i rudimenti delle grandi labbra.

Dott. L. Villa.

N. N. FENOMENOW — **Contributo alla casuistica delle lesioni sub coitu.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 2, 1895.

Premesse alcune considerazioni intorno all'argomento, l'A. comunica il seguente caso: donna di 29 anni, maritata da cinque anni, senza bambini, ammalata da quando passò a nozze: coito doloroso: incontinenza gasosa da parte del retto intestino, scariche diarroiche. Imene intatto: posteriormente a questo una apertura limitata da tessuto cicatriziale, larga circa 3,5 cm. comunicante col retto. Tale *pseudovulva* originata dai diuturni traumatismi del coito fu trattata chirurgicamente: ai coniugi furono date le opportune istruzioni pel normale compimento del coito.

Dott. L. Villa.

F. FORCHHEIMAIR. — **The relation of the digestive organs to the uterus** *(Sui rapporti fra gli organi della digestione e l'utero).* — *The American Journal of Obstetr.*, Maggio 1895.

L'utero può essere influenzato dagli organi digestivi in varii modi: anzitutto meccanicamente, e ciò in particolar modo nelle lesioni che risiedono alle parti ultime del tubo intestinale.

In secondo luogo per via del sistema nervoso. In terzo luogo per gli effetti prodotti dal processo della digestione sul sangue. In ultimo per effetto del generale metabolismo.

È regola generale il combinare il trattamento locale col trattamento intestinale, in particolar modo usando di tonici e di evacuanti.

Bossi.

Prof. dott. OTTO KUESTNER. — **Hundert Laparo-Myomotomien** *(100 laparomiotomie).* — *St. Petersb. Medicin. Wochenschrift*, 1895, N. 10.

Il presente lavoro è il resoconto di 100 laparomiotomie eseguite dall'autore: 18 di esse ebbero esito letale: ma, come l'A. fa giustamente osservare, tale mor-

talità andò continuamente e progressivamente diminuendo dai prim anni ad oggi; infatti:

delle prime	25	operate	ne	morirono	. . . . .	8 (32 %)
» seconde	»	»	»	»	. . . . .	5 (20 %)
» terze	»	»	»	»	. . . . .	4 (16 %)
» quarte	»	»	»	»	. . . . .	1 (4 %),

avvertendo che delle quattro morti del III.° gruppo una fu determinata da *miocardite* e un'altra da *embolia polmonare* sopravvenuta nel giorno medesimo in cui la donna *guarita* abbandonava il letto: e che anche la morte inscritta al IV.° gruppo fu causata da *miocardite:* le altre 15 operate con esito letale morirono per *sepsi.*

Il progressivo diminuire della mortalità si dovette al progressivo perfezionamento dei processi operativi usati: essi furono i seguenti:

	Guarite	Morte
I.° Amputazioni di miomi sottosierosi peduncolati:		
trattamento extraperitoneale	5	—
» intraperitoneale	6	—
II.° Enucleazioni:		
1.° *di tumori a sviluppo totalmente infralegamentario,* senza apertura della cavità uterina	7	1
2.° *di tumori intramurali:*		
a) senza apertura della cavità uterina		
α) trattamento extraperitoneale	6	3
β) » intraperitoneale	14	1
b) con apertura della cavità uterina		
α) trattamento extraperitoneale	1	4
β) » intraperitoneale	1	—
III.° Amputazioni sopravaginali:		
a) trattamento intraperitoneale del peduncolo, secondo Schröder	—	1
b) » extraperitoneale del peduncolo, secondo Hegar	7	—
c) formazione di un peduncolo piccolissimo retroperitoneale.	18	5
IV.° Estirpazioni totali:		
a) lasciando la vagina aperta	—	1
b) chiudendo la vagina	10	2
c) con conservazione della portio e chiusura della vagina *(metodo speciale dell'A.)*	7	—
	82	18
	100	

Come vedesi, la *semplice amputazione* di miomi sottosierosi peduncolati non fu seguita mai da morte: invece pei tumori che dovettero essere *enucleati* l'esito fu vario: e precisamente fu molto più favorevole nei casi in cui non si aprì la cavità uterina che in quelli dove essa venne aperta.

Rispetto all'*amputazione sopravaginale* l'A. mostrasi, dopo l'esperienza fatta, caldo sostenitore del metodo extraperitoneale: i pericoli molto maggiori inerenti al metodo intraperitoneale consistono, secondo lui:

1.° nelle secrezioni fornite dal peduncolo;

2.° nelle infezioni del peritoneo o nell'inquinamento per parte delle secrezioni del canale cervicale.

L'A. difende il proprio asserto appoggiandosi ai reperti necroscopici relativi ai casi di donne morte in seguito all'amputazione sopravaginale col metodo intraperitoneale, non che ai molti fatti sperimentali, per cui fu dimostrato che dal canale cervicale possono immigrare nel peritoneo germi patogeni resi molto virulenti dalle condizioni locali e generali dell'organismo indebolito.

Però l'amputazione sopravaginale non è sufficiente contro tutti i miomi, specialmente contro quelli che hanno invaso anche la cervice, in casi simili l'A. ricorre alla estirpazione totale per la via addominale.

Seguì dapprima i metodi proposti da Mackenrodt, Martin e Fritsch: si provò dopo l'operazione a chiudere la vagina, ma con esito non soddisfacente, accadendo spesso infezione lungo i fili della sutura: esito pure sfavorevole ebbe lasciando la vagina aperta: da ciò egli fu indotto a immaginare un metodo proprio.

Eccone la descrizione sommaria:

Posizione della donna a bacino elevato: legatura dei ligamenti rotondi: formazione di un lembo peritoneale a manichetto arrivando al davanti a livello dell'inserzione della vescica, all'indietro più in basso: legatura e incisione dei ligamenti larghi: dissecazione della vescica fino alla *portio:* amputazione della cervice immediatamente (circa $^1/_2$ cm.) al di sopra dell'orificio uterino esterno: cauterizzazione dei pochi residui di tessuto cervicale e riunione della incisione cervicale mediante suture trasverse: riunione accurata delle discontinuità del tessuto cellulare dei parametri e plastica esatta del peritoneo, entrambe in catgut, in modo che, fondendosi insieme il moncone e i tessuti che lo circondano, sieno affatto eliminati i così detti *spazii morti* (todte Räume): chiusura dell'addome: non occorre mai l'applicazione di laccio elastico preventivo.

L'A. attribuisce grande importanza nell'esecuzione del suo metodo all'annullamento degli spazii morti e alla mancanza di secrezioni da parte della sutura.

Dott. L. Villa.

Sieroterapia antistreptococcica e sieroterapia cancerosa. — Dalla *Rivista Clinica e Terapeutica,* N. 7, Luglio 1895.

La sieroterapia antistreptococcica ha già dato abbastanza risultati perchè si possa sperare vederla subito entrare nella pratica comune dei grandi ospedali. D'altra parte, essa è basata su fatti inattaccabili, su teorie che rispondono allo stato attuale della scienza.

Le ricerche proseguite da questo lato sono dunque razionali e conviene esporle in dettaglio.

La sieroterapia anticancerosa, non riposa al contrario su nessuna base seria, non s'appoggia su nessun fatto dimostrativo, e fin' ora, non si può considerarla che come essere senza avvenire.

I.

1. Nel 1885-1886, Jaccoud insisteva nelle sue lezioni cliniche, su questo fatto che, nelle risipole a ripetizione, gli ultimi attacchi sono meno gravi dei primi. In realtà non è sempre così e attacchi gravi e anche mortali possono succedere ad attacchi leggieri della malattia. Si ammise — prima che le eccezioni al decorso abituale delle risipole recidivanti fossero conosciute — che ogni attacco conferiva una immunità temporanea all'organismo, e che questa immunità esisteva ancora, a un certo grado, allorchè si produceva un nuovo attacco, donde la benignità di quest'ultimo.

Da ciò a tentare l'immunizzazione artificiale, non v' era che un passo. Questo passo fu fatto, nel 1891, da Von Lengelsheim che cercò di rendere dei topi refrattarii alle inoculazioni streptococciche sia loro iniettando in una volta nel peritoneo, secondo il processo di Fraenkel, 3 c. cubici di una coltura antica e riscaldata durante un' ora a 65°, sia iniettando ogni 10 giorni colture trattate col tricloruro di iodo in proporzione e durante un tempo variabile. L'insuccesso fu completo col processo Fraenkel; i topi essendo inoculati con colture virulente soccombettero così presto che i testimoni; col processo di Behrinos, 10 topi su 12 non potettero resistere alle inoculazioni virulente. Paolis riuscì a rendere i topi refrattarii con iniezioni intravenose di colture attenuate.

Roger inoculò il virus in un orecchio. Si produsse una risipola, e l'animale acquistò un' immunità relativa.

Le inoculazioni successive non mettono completamente al sicuro dall'infezione; una coltura virulenta mortale per un testimone, determina nei vaccinati sia una risipola leggiera, sia, se l'immunità è più completa, un ascesso.

Mironoff ha cercato d'ottenere lo stesso risultato di Roger, iniettando culture

virulente nel peritoneo; le iniezioni di coltura di streptococco fatte in questa sierosa non provocando abitualmente peritonite. Tre conigli furono vaccinati con questo processo, ma non acquistarono l'immunità.

In tutte queste esperienze si è fatto uso di colture vive, attenuate o virulente. Ma si sono adoperate anche colture sterilizzate. Coltivandone lo streptococco riparato dall'aria, Roger ha constatato che questo microbo produceva una sostanza tossica che l'alcool precipita e che il calore distrugge.

Le colture filtrate e non riscaldate, iniettate nelle vene d'un animale, diminuivano d'una maniera durevole la resistenza all'infezione da streptococco. Le colture filtrate e riscaldate aumentavano la resistenza e mettevano l'animale al sicuro dall'infezione.

I conigli trattati con coltura non riscaldata ricevevano nelle vene quantità di liquido variante da 0,5 c. cubici a 12 c. cubici, 3 per kg. Essi restavano sonnolenti qualche giorno, poi si ristabilivano. Se allora si iniettava loro in una vena alcune goccie d'una coltura vivente di streptococco nel siero, essi morivano molto più presto dei testimoni, una volta in 17 ore (il testimone in questo caso sopravviveva 8 giorni). La predisposizione morbosa già manifesta dopo 6 giorni era più marcata a capo di 17 e persisteva ancora dopo due mesi. La quantità del liquido introdotto non aveva grande influenza; intanto le quantità estremamente minime non producevano alcuno effetto notevole.

Roger aveva anteriormente riconosciuto un'azione predisponente nei prodotti di secrezione del bacillo del carbonchio sintomatico.

Ma, in quest'ultimo caso, l'azione favorevole è immediata e passeggiera, e ben presto la resistenza è rinforzata. L'effetto è dunque ben differente da quello ottenuto con lo streptococco; al contrario quest'ultimo può essere paragonato a quello del bacillo d'una pseudo-tubercolosi studiata da Courmont, e a quello che questo stesso autore e Rodet hanno assegnato allo stafilococco dorato.

In riassunto nelle colture non riscaldate l'azione delle materie vaccinanti sarebbero mascherate da sostanze antagoniste, mentre che nelle colture riscaldate queste ultime sono distrutte.

Mironoff ha cercato riprodurre le esperienze di Roger servendosi d'un microbo virulentissimo. Egli ha constatato che le colture filtrate conservavano le loro sostanze tossiche allorchè erano riscaldate a 100° durante 1 ora; qualche volta l'animale sopravviveva, e allora la sua esistenza era leggermente aumentata. In queste condizioni, Mironoff si risolse a combinare i differenti modi di vaccinazione e inoculò successivamente ai conigli: colture riscaldate per un'ora a 70 gradi, colture riscaldate per un'ora a 60°, e infine colture virulente a dosi progressivamente crescenti. Egli è riuscito a conferire così l'immunità agli animali, ma ha riconosciuto che questa immunità non li preserva contro le affezioni settiche locali. Tuttavia,

elevando con precauzione la dose delle colture virulente, si arriva ad ottenere animali sopportanti senza reazione alcuna quantità di colture virulente dieci volte superiore a quelle che sono fatali per animali non vaccinati. Minoroff ha dei dubbi sulla possibilità d'ottenere la immunità assoluta.

2. Vediamo adesso quali sono le modificazioni del siero dopo la vaccinazione.

Questa quistione venne dapprima studiata da Roger che constatò che lo sviluppo dello streptococco si fa così facilmente nel siero degli animali nuovi che in quelli vaccinati. Non si tratta che di una anomalia apparente, perchè se il numero dei microbi è lo stesso, le proprietà patogene sono ben differenti. In qualche caso, la coltura proveniente dal siero normale è virulentissima e porta la morte per infezione generale, con lesione locale minima o nulla, mentre che le colture nel siero dei vaccinati, a pari condizioni, determina la apparizione d'una risipola più o meno estesa. Altre volte la semenza originale essendo meno virulenta o le dosi iniettate meno considerevoli, l'inoculazione fatta con i microbi coltivati sul siero normale produce una risipola, quella con la coltura sul siero dei vaccinati producendo ora un semplice ascesso, ora una risipola leggera e tardiva.

Roger ha riconosciuto ancora che la virulenza dello streptococco subisce modificazioni identiche nel corpo dell'animale reso refrattario e nel siero di questo stesso animale fuori dell'organismo; che il siero degli animali vaccinati ha proprietà terapeutiche, ma solamente a forti dosi. Avvi realmente modificazioni del microbo nel siero vaccinato, le proprietà nocive disparendovi totalmente o in parte.

Minoroff è arrivato su certi punti a conclusioni opposte a quelle di Roger.

Egli constata in effetto: 1.° che il siero degli animali immunizzati contro lo streptococco stesso a un grado più o meno elevato, non uccide le colture virulente di questo microbo che vi prosperano così bene che sul siero ordinario; 2.° che la virulenza delle colture sviluppate sul siero immunizzato non differisce in niente dalla virulenza delle colture sviluppate sul siero ordinario. Invece Minoroff ha visto che il siero degli animali immunizzati contro lo streptococco vaccinava più o meno nuovi animali contro il microbo, il grado della vaccinazione dipendente dalla dose maggiore o minore.

La immunità conferita agli animali dal siero vaccinante non differiva per niente da quella ottenuta con altri processi e non preservava dai veleni settici locali.

Il siero degli animali a cui fu conferita l'immunità ad un grado più o meno elevato esercita, secondo Mironoff, una manifesta influenza sul decorso della setticemia già in evoluzione, ma i processi infiammatorii locali continuano a svolgersi malgrado la cura col siero degli animali immunizzati e, sotto questo punto di vista, il siero è quasi inattivo. Ancora, « si è autorizzati a credere che, introdotto a dosi elevate (5,5 c. c. per kil. dell'animale) il siero degli animali immunizzati contro lo streptococco spezza una setticemia già in evoluzione o, per lo meno, la

rende cronica, ciò che, localizzando i processi settici, permetterà all'organismo di vincere la malattia. »

Queste ultime conclusioni sono più importanti; perchè, come fa notare Thérese, esse dimostrano che l'impiego del siero non dovrà autorizzare la inattività del medico e che si dovrà seguire in ogni caso, « le indicazioni antisettiche o chirurgiche che risultano dai fenomeni locali o dalla conoscenza della porta di entrata.

Gramakovsky ha pure constatato che la iniezione intraperitoneale di vecchie culture di streptococchi, dapprima bollite poi non bollite, ed in conseguenza di culture virulente a dosi crescenti, immunizzava gli animali contro la infezione streptococcica. Nelle sue mani ancora, il siero degli animali vaccinati si è mostrato immunizzatore. Infine, egli ha visto alla dose di 3 c. c. per kilogr., esercitare una influenza favorevole sull'evoluzione dell'eresipela provocata negli animali.

Nella seduta del 25 Febbr. 1895 della Società di Biologia, Marmorek annunziò che era arrivato, in conseguenza di numerosi passaggi nell'organismo del coniglio, ad ottenere uno streptococco di una virulenza straordinaria, potendo uccidere il coniglio in trenta ore alla dose di un centomiliardesimo di c. c. Gli animali immunizzati che ricevono forti dosi di questo microbo tanto virulento o della tossina che esso produce forniscono, secondo Marmorek, un siero preventivo e curativo che, iniettato alcune ore prima della inoculazione dello streptococco attivissimo, preserva contro gli effetti di questo. Lo stesso siero permette agli animali di sopravvivere se viene iniettato alcune ore dopo la inoculazione.

3. Clinicamente, la sieroterapia antistreptococcica venne adoperata nella febbre puerperale, nell'eresipela ed in un'angina. Il suo campo di azione può essere molto più esteso, l'infezione streptococcica avente la più grande parte nella scarlattina e nella difteria, in certe bronco-pneumoniti ecc.

a) Febbre puerperale. — La prima osservazione è dovuta a Charrin e Roger (*Soc. de Biol.* 1895). Un mulo venne immunizzato con culture non filtrate, portate a 115°; l'animale ricevette in una vena, a quindici giorni d'intervallo le une dalle altre, otto iniezioni di 30 c. cubici ciascuna; s'inocularono dunque in tutto 540 c. c. rappresentando 2,490 c. c. di coltura sterilizzata. Del sangue fu raccolto 15 giorni dopo la prima iniezione, e questo sangue — essendo stato riconosciuto curatore — si iniettò il 6 Febbraio 1895, a una donna attaccata da febbre puerperale in forma setticemica, senza localizzazione peritoneale. La temperatura raggiungeva 40°.5; si praticò subito una iniezione sottocutanea di 8 c. c. di siero. L'indomani nessun miglioramento; temperatura 40° il mattino, 40°.5 la sera; nuova iniezione di 8 c. c. di siero.

Dopo due giorni la situazione è un poco migliore, ma sempre seria; la temperatura è di 39° il mattino, di 40° la sera. S'introdussero 25 c. c. di siero. Al-

lora miglioramento rapido; all'indomani, 9 Febbraio, la malata non ha che 37°.8 il mattino e 38°.8 la sera; lo stato generale è buono. Il 10 Febbraio, la temperatura non sorpassa 37° e la convalescenza si stabilisce; la guarigione è completa. Una seconda malattia ricevette 6 iniezioni di 20 c. c. in tre giorni e guarì lo stesso.

Altre donne sono state trattate dopo e si può già posare qualche conclusione stabile. La quantità di siero deve essere sufficiente, la dose necessaria variante del resto molto (da 30 a 200 c. c.); la guarigione sembra allora assicurata (6 casi di guarigione). In 2 casi la proporzione di liquido impiegata non era grande, una malata morì; nell'altra, si ottenne la guarigione.

In questo ultimo caso, intanto eravi cangrena della vulva con false membrane penetranti fin nella vagina; esse scomparvero rapidamente dopo la prima iniezione, e Pinard fece notare che le cose si passavano come quando iniettasi siero di Roux nella difteria.

In seguito delle iniezioni, lo stato generale si migliora rapidamente e gli ammalati ne hanno un senso di benessere notevolissimo. Qualche volta, la temperatura non si modifica dapprima; in altri casi ritorna al normale in 12-36 ore. Se la cura è interrotta troppo per tempo, il termometro risale. La curva del polso è parallela a quella della temperatura. La convalescenza è sempre brevissima.

Josuè ed Hermary hanno pubblicato un caso in cui poterono constatare gli stessi fatti che Roger e Charrin.

b) Eresipela. — Gramakovski, il primo, ha iniettato ad un ammalato siero di animale immunizzato. Questo siero era mescolato ad una quantità uguale di soluzione borica a 2 %. In due ore si fecero due iniezioni di 8 c. c. La malattia si arrestò bruscamente. Lo stesso autore ebbe un insuccesso in un altro caso che attribuisce all'impiego di una quantità insufficiente di siero.

Marmorek ha sperimentato il siero ottenuto da lui in 46 casi di erisipela, tutti gravi. Tutti gli ammalati guarirono rapidamente, salvo una vecchia donna che morì per pneumonite di cui era già colpita all'epoca della sua entrata nel riparto e che era prodotta da pneumococco.

L'abbassamento di temperatura si produceva più spesso nelle prime 24 ore dopo l'iniezione di dosi di siero variabili da 5 a 20 c. c.; quando eravi albumina nell'orina, spariva rapidamente. Le placche eresipelatose smortiscono ed i fenomeni infiammatorii cedono rapidamente e completamente; mai si sono formati ascessi.

Folet ha impiegato la sieroterapia in un caso di vasto flemmone eresipelatoso. Il successo fu notevole ed il microscopio attestò la rapidità degli effetti del siero. Il 6 Aprile il pus dagli ascessi era pieno di streptococchi. Si praticò una prima iniezione ed il 16, il pus, pochissimo abbondante, non presenta più tracce di microbi. Una seconda iniezione fu fatta per confermare la guarigione. Essa non impedì la sopravvenienza di due ascessi, limitati del resto, e da stafilococchi piuttosto che da streptococchi.

Charrin e Roger hanno impiegato il loro siero in un caso di eresipela dei neonati. Il bambino era debole e la guarigione si produsse con notevole rapidità. Non ebbe che una iniezione di 5 c. c., che, del resto, non impedì una piccola eruzione sulle orecchie.

c) Angina. — Charrin e Roger hanno tentata l'azione del siero in una donna di 25 anni, che, 20 giorni dopo un parto, fu colpita da un'angina pseudomembranosa stafilococcica. La temperatura oscillava tra 40° e 41° e la chinina non aveva dato alcun risultato. Il polso era irregolare, eravi embriocardia. Si praticarono il 9 Marzo due iniezioni di 30 c. c. ciascuna ed il 20 una nuova iniezione di 30 c. c. Localmente acqua borica. Trentasei ore dopo la prima iniezione, la temperatura cadeva a 38°. 5 e dopo di essere risalita la sera a 40°, ritornava definitivamente al normale.

In breve, risulta dai fatti riuniti, che, non solo il siero antistreptococcico è perfettamente innocuo, quanto è permesso poggiare sul suo impiego giuste speranze.

II.

La sieroterapia nel cancro è passata per due fasi distintissime. Nella prima, i chirurgi avendo pubblicato un certo numero di casi di guarigione di tumori maligni consecutivamente ad un'eresipela intercorrente, si ricorre a colture di streptococchi eresipelatosi che s'inoculano dapprima direttamente agli ammalati, onde sviluppare in essi un'eresipela curatrice, poi si cerca di ottenere negli animali con le predette culture un siero speciale. Nella seconda fase, si cerca di estrarre dai tumori maligni un liquido con cui s'inoculano gli animali; il siero di questi ultimi viene in seguito iniettato agli ammalati.

1.° Si può obiettare che è solo provato che i neoplasmi retrocedono qualche volta, per lo meno temporaneamente, sotto la influenza di un'eresipela, nessuna osservazione di guarigione totale indiscutibile venne prodotta.

Langebuch ha visto sarcomi multipli dei tegumenti curati coll'iodio e l'arsenico scomparire in cinque giorni sotto la influenza di un'eresipela intercorrente.

Bidlot ha pubblicato l'osservazione di una donna colpita da cancro dell'utero che vide i sintomi della malattia cessare per due anni in conseguenza di una grave eresipela. Essendosi di nuovo manifestati i fenomeni patologici, Bidlot ebbe a idea d'inoculare una risipola alla sua ammalata. Ma in seguito di una bronchite acuta curata con la rivulsione mediante l'olio di croton, sopraggiunse di nuovo un'eresipela spontanea ed i sintomi del cancro scomparvero per altri due anni.

Si potrebbero riferire altri casi analoghi. In tutti, o la guarigione fu temporanea, o l'ammalato non venne seguito per un tempo abbastanza lungo da poter affermare la scomparsa definitiva del tumore.

Le prime inoculazioni allo scopo di provocare un'eresipela furono fatte con culture pure di streptococchi da Van der Menled, Reussen, Huysmon, Salzer.

Questo non sarebbe la sieroterapia, ma senza entrare in dettagli, non sarà inutile di vedere come stanno le cose in questi casi. Prendiamo come tipi tre osservazioni di Klablatt. Nella prima, un linfosarcoma recidivante viene trattato con iniezioni di liquore del Fowler. Queste provocano ascessi, e intorno ad uno tra essi, si sviluppa un'eresipela. Si constata che, sotto la influenza di quest'ultima, il tumore del collo e quello che esisteva alla base della lingua diminuiscono di $^3/_4$. Si fanno allora, in due volte, inoculazioni con culture inviate da Fehleisen. Il tumore diminuisce un poco in seguito della prima inoculazione, poi seguita a crescere; una seconda inoculazione venne fatta senza risultati e l'ammalato morì nel coma.

Nel secondo caso, un linfosarcoma del collo, grosso quanto una nocella, scomparve sotto la influenza dell'inoculazione di una resipela con culture inviate da Koch. Nessuna recidiva dopo un anno.

Nel terzo, un linfosarcoma della palpebra inferiore scomparve dopo due risipole della faccia provocate da unzioni di pomata iodurata.

Per Klablatt, l'eresipela agirebbe: 1.° rendendo lo scambio molecolare più attivo in conseguenza dell'elevazione della temperatura che provoca, in guisa che si produrrebbe una degenerazione grassa degli elementi del tumore; 2.° per il contatto diretto degli streptococchi con le cellule del tumore; forse questi streptococchi lotterebbero con vantaggio contro i microbi del cancro.

Achalm ammette che la resipela agisce attirando i leucociti nei tessuti ammalati.

Spronck (*Sem. Méd.*, 1895) ha iniettato colture eresipelatose, a cani con tumori maligni (carcinomi, adenocarcinomi, adeno-cisti-carcinomi). Ha fatto ancora esperienze sull'uomo ed è pervenuto ai risultati seguenti: una iniezione sottocutanea di coltura di streptococchi eresipelatosi produce, dopo 4-5 ore, una febbre moderata accompagnata da stanchezza, cefalalgia e da nausee. In alcuni casi, si osserva un poco di rossore e di gonfiore del tumore. Esiste sempre dolore, qualche volta anche esso è eccessivo. Se si ripetono le iniezioni, tutti i sintomi scompariscono.

I risultati terapeutici non sono sembrati molto favorevoli. Si son visti scomparire alcuni neoplasmi, ma non si è ottenuta la regressione di tutti i tumori nello stesso individuo; inoltre la diminuzione di volume non è duratura. Infine, i tumori si abituerebbero alle iniezioni di culture di streptococchi e non tarderebbero ad aumentare di nuovo.

Coley ha fatto numerosi tentativi di trattamento dei tumori maligni con la miscela di tossine di erisipela e di bacillo prodigioso.

Egli prepara le tossine nel modo seguente:

S'introduce brodo peptonizzato ordinario in piccole boccette di una capacità

da 5 a 10 c. c. Dopo sterilizzazione, si fanno seminagioni con streptococchi eresipelatosi, e si fanno sviluppare le culture per tre settimane ad una temperatura di 30 a 35. Si fanno seminagioni in seguito nelle boccette, di bacillo prodigioso che si moltiplicheranno per 10 a 12 giorni alla temperatura della camera.

Poi, dopo agitazione, queste culture vengono versate in altre boccette che si portano alla temperatura di 50° a 60° per un'ora per renderle certamente sterili. Dopo raffreddamento, si aggiunge un poco di polvere di timolo per assicurare la conservazione.

Fino al 31 Maggio 1895, Coley aveva trattato 25 casi di sarcoma e 8 di carcinoma, tutti inoperabili. I casi di carcinoma migliorarono ma non guarirono; al contrario, si ebbero sei guarigioni di sarcoma, e si possono considerare come definitive, secondo Coley, perchè si sono mantenute senza recidiva per due mesi (?).

Dal 31 Maggio al 15 Novembre 1894, Coley ha trattato 11 sarcomi e 13 carcinomi. Le iniezioni ebbero un'influenza ritardatrice in molti casi di carcinoma. Il miglioramento qualche volta fu straordinario, ma non arrivò alla guarigione completa. Sopra ai sarcomi, l'effetto fu molto più notevole, ed il tumore scomparve totalmente in tre casi.

Coley inietta da 0,059 gr. a 0,522. Egli comincia con la dose minina per arrivare a poco a poco ad ottenere la reazione desiderata che deve essere segnata da una temperatura di 40°. Le iniezioni debbono essere praticate ogni 24 o 48 ore nel tumore medesimo.

W. B. Johnson (*Sem. Méd.*, 1895) ha potuto ottenere la scomparsa di un voluminoso sarcoma della cavità bucco-faringea in un giovanotto di 16 anni, con iniezioni sottocutanee praticate secondo le idee di Coley. Trattavasi di un sarcoma a cellule fusiformi come cavoli fiori, ricovrendo il velo del palato fino ad un cent. circa dagl'incisivi ed estendendosi ad una parte della parete posteriore della faringe, alla base della lingua ed all'epiglottide. La deglutizione era molto ostacolata e la respirazione nasale impossibile.

La cura consistette in iniezioni ipodermiche di tossine praticate al braccio ed alla coscia. S'iniettava dapprima la cultura filtrata dello streptococco della risipola cominciando da 15 gocce ed aumentando progressivamente fino a 60 gocce.

Raggiunta la dose di 35 gocce di cultura di streptococco si aggiungeva a questa 5 gocce di bacillo prodigioso. Dopo ciascuna iniezione, manifestavasi dolore, rossore e tumefazione, poi febbre, brividi, qualche volta nausee, vomiti, dolori nella testa e nel dorso, traspirazione. Minacce di collasso hanno parecchie volte costretto ad interrompere il trattamento per parecchi giorni. Una iniezione venne seguita da una grave cheratite. La medicazione durò sette mesi con alcune interruzioni. Il tumore scomparve completamente lasciando trabecole di tessuto cicatriziale.

Mynter (*Med. Record*, 1895) ha impiegato la cura con le tossine in un caso

in cui la laparotomia aveva dimostrato l'esistenza di un neoplasma inoperabile del peritoneo parietale, del mesentere, del cieco. Il drenaggio lasciò uscire un liquido brunastro, poi larghe particelle di tessuti necrotici, e tre mesi dopo l'intervento, l'ammalato aveva tutte le apparenze della salute.

Al 24.° Congresso della Società tedesca di chirurgia, si trattò la quistione della cura dei tumori maligni inoperabili con veleni batterici.

Friedrich ha applicato il metodo di Coley a 4 tumori e 13 cancri epiteliali. Egli ebbe un miglioramento reale di un linfosarcoma dopo 30 iniezioni; ma, negli altri casi, non si ottennero che risultati senza importanza. Si notò semplicemente, con l'esame anatomico, alcune modificazioni della colorabilità dei nuclei, e degenerazione grassosa delle cellule in alcuni punti. Le culture filtrate, iniettate alla dose di 2 c. c. non provocarono accidenti notevoli. La prima iniezione dava luogo da un poco di febbre, la seconda meno, ed alla terza la reazione era nulla. Se le culture non sono filtrate, la loro iniezione è seguita da una febbre considerevole. Frequentemente, si produsse erpete in conseguenza della iniezione di culture di streptococchi e di micrococco prodigioso.

Lauenstein ricorse al metodo di Coley in un caso di cancro dell'utero esteso alla vagina; si ebbe, dopo la iniezione, un grande brivido e sintomi di collasso; il tumore non si modificò.

Kocher ottenne la retrocessione incompleta di un sarcoma del bacino recidivante. Ma il miglioramento fu temporaneo.

Kunlein ebbe un insuccesso completo in un tumore dello stesso genere.

Erano in tale stato le cose quando comparve il lavoro d'Emmerich e Scholl. Le ricerche di questi autori (*Deut. Med. Woch.,* Febbr. 1895) si poggiano sopra ai risultati ottenuti dalle iniezioni di siero eresipelatoso.

Dal 1886, Emmerich aveva dimostrato sperimentalmente che la risipola guarisce il cancro ed il carbonchio e che il cocco agisce mediante le modificazioni apportate nel sangne, donde la distruzione del bacillo del carbonchio. Trattavasi di sapere se nel cancro avviene lo stesso. Emmerich e Scholl hanno scelto il montone per le loro esperienze.

L'animale dapprima viene infettato da una cultura di risipola, poi salassato. Il sangue viene raccolto in un vase sterilizzato, poi dopo qualche tempo filtrato al filtro Chamberland. Il filtrato viene conservato lontano dalla luce e dai cangiamenti di temperatura in *flacons* di 10 c. c.

Nella loro memoria, gli autori dicono di essere riusciti in un certo numero di casi di sarcoma e di cancro e riportano osservazioni in appoggio.

Devesi, secondo Emmerich e Scholl, iniettare ogni giorno da 1 a 4 c. c. nei piccoli tumori, fino a 25 c. c. in diversi punti. Le iniezioni provocano dolori quando oltrepassasi la dose di 5 c. c.

La febbre manca abitualmente; se si accende, la temperatura non raggiunge giammai 39°. Lo stato generale migliora sempre.

Localmente, producesi una pseudo-risipola, una risipola asettica, caratterizzata dal tumore e dal rossore; sparisce rapidamente ed i risultati ottenuti sono tanto migliori quanto fu più accentuata.

Secondo gli autori, il trattamento sieroterapico avrebbe sopratutto per scopo di aiutare l'intervento chirurgico impedendo la recidiva, distruggendo i focolai rimasti inosservati ed il parassita in via di disseminazione.

Con Coley essi riconoscono che i sarcomi vengono sopratutto favorevolmente influenzati, particolarmente i sarcomi fusiformi o misti; i sarcomi a cellule rotonde e gli osteo-sarcomi si mostrano molto più ribelli.

I risultati ottenuti erano molto belli. Ma non si tardò a contraddirli.

Quindici giorni dopo la Memoria di Emmerich e Scholl; Bruns pubblicava il risultato di esperienze fatte con il loro siero (*Deut. Med. Woch.*, 1895).

Bruns impiegò il siero eresipelatoso in sei ammalati. Quattro avevano cancri, in un caso trattavasi di sarcoma ed in un altro di linfoma maligno del collo. La diagnosi fu confermata dalle autopsie. Il siero eresipelatoso, fornito da Emmerich e Scholl, ed iniettato a dosi progressivamente crescenti, varianti da 1 a 16 c. c. non produsse alcuno effetto terapeutico. Diede luogo, come fenomeni generali, a febbre, dispnea, cianosi, vomiti. Una volta si ebbe albuminuria con numerosi cilindri granulosi.

Per Bruns, questi accidenti son dovuti alla non sterilizzazione del siero che contiene numerosi micrococchi.

Petersen nello stesso numero dello stesso giornale criticava le osservazioni di Emmerich e Scholl. Il rammollimento e l'ulcerazione dei tumori, dice Petersen, possono avvenire spontaneamente; gl'ingorghi ganglionari che accompagnano i cancri sono spesso infiammatorii e spariscono allora facilmente da sè stessi, la retrocessione delle adeniti non sempre è, come dicono Emmerich e Scholl, dovuta alla risoluzione di prodotti cancerosi. La lezione della tubercolina, dice ancora Petersen, dovrebbe intanto imparare a diffidare della batterioterapia. Se la idea che ci sia un siero anticarcinomatoso si facesse strada nel pubblico, aggiunge egli più giù, ciò non farebbe che ritardare l'intervento chirurgico.

Infine non vi ha osservazione assolutamente dimostrativa di guarigione completa di un tumore maligno mediante una risipola intercorrente.

Il 15 Marzo, Angerer diceva alla Società Medica di Monaco (*Munche med. Woch.*, 1895) che Emmerich e Scholl avevano trascurato di parlare di 3 ammalati trattati senza successo e d'un ammalato morto di cachessia cancerosa poco dopo la sua uscita dall'ospedale. In un altro caso portato ancora come guarigione un carcinoma del seno dritto aveva avuto un decorso come d'ordinario.

Freymuth (*Deut. Med. Woch.*, 1895) ha tentato senza successo la cura sieroterapica in due casi di cancro; uno degli ammalati ebbe una risipola grave che contagiò un'altra persona.

Risulta da questo fatto che la risipola che Emmerich e Scholl considerano come asettica è in realtà infettiva e che bisogna allontanare da quelli che assistono le persone curate con il siero ogni individuo che presenta una lesione di continuo.

Emmerich e Scholl hanno risposto a Bruns nel N. 22 della *Deut. Med. Woch.*, 1895. Il siero che essi hanno inviato, era destinato per ricerche preliminari onde stabilire il metodo operativo dell'intervento. Bruns non ha saputo mantenere il suo siero sterile, epperò ha avuto a deplorare dagli accidenti. Infine è probabile che il siero venne iniettato in una vena, ciò che spiegherebbe gli accidenti immediatamente consecutivi all'operazione. Emmerich e Scholl dicono ancora che Bruns aveva riconosciuto in lettere particolari che il metodo dava buoni risultati.

Matagne (*Gaz. Méd. de Liège,* 1895) dice di aver migliorato molto con le tossine un enorme tumore del collo che dopo tre settimane aveva diminuito della metà. L'autore non fornisce altri particolari.

2. Richet ed Héricourt sono i primi che abbiano tentato la sieroterapia anticancerosa con il siero di animali che avevano ricevuto succo canceroso.

Essi hanno comunicato all'Accademia delle Scienze l'osservazione di un caso di sarcoma guarito con la sieroterapia. Il 9 Febbraio 1895 Reclus avendo tolto un osteosarcoma dalla gamba, il tumore venne tritato ed addizionato di un poco di acqua, poi, il liquido filtrato attraverso un panno fu iniettato a due cani e ad un asino. Non ne seguì reazione alcuna e, 6, 7, 12 giorni dopo il sangue degli animali servì per ottenere siero.

Questo siero venne iniettato ad un'ammalata colpita da recidiva di fibrosarcoma diagnosticato con l'esame microscopico, ed ecco il riassunto di una parte dell'osservazione: Il 15 Marzo 1895, il tumore ha il volume di una piccola arancia, è appiattito contro il torace a cui aderisce nella parte superiore; la pelle è intatta, non aderente. Assenza di ganglii, stato generale abbastanza buono. A partire dal 12 Marzo, una iniezione al giorno di 3 c. c. di siero; le iniezioni vengono praticate alla periferia del tumore, nel tessuto cellulare. Si praticano 40 iniezioni impiegando 120 c. c. di siero. Il 15 Marzo havvi un poco di gonfiore a livello della regione occupata dal tumore mentre compariscono grossi ganglii nell'inguine ed un grosso ganglio si manifesta nell'ascella corrispondente. Nei giorni seguenti, lo stesso stato. L'edema si localizza verso la parte declive. A partire dal 25 Marzo il tumore si appiattisce. Nel momento della comunicazione, il volume è ridotto ad un terzo, i contorni si possono delimitare con difficoltà, trattasi di una massa appiattita con piccoli nuclei induriti, disseminati qua e là; l'ingorgo dei ganglii inguinali è scomparso, il ganglio ascellare è in via di regressione. Le iniezioni non

determinano albuminuria; ma si ebbero dolori di testa violenti che, li 8 Aprile, costrinsero ad abbandonare il trattamento per qualche tempo. Parecchie volte si produssero rossori diffusi che scomparvero subito. Miglioramento dello stato generale, ingrassamento.

Reclus ha intrapreso, alla Pietà, la guarigione di un cancro dello stomaco formante un tumore del volume di una grossa arancia. Il trattamento venne principiato il 6 Aprile e si fecero iniezioni di 4 c. c. al giorno. In dieci giorni, non restava a livello del tumore che una sensazione di resistenza alla palpazione ed il peso dell'ammalato era aumentato di tre kilogr.

Alla Società di Biologia Fabre-Dommergue si è levato contro l'impiego della sieroterapia nel cancro. L'esperienze tentate in questa via non hanno altra base che un ravvicinamento illegittimo delle malattie microbiche alle neoplasie cancerose.

Egli attribuisce gli effetti prodotti a quelli che producono le iniezioni modificatrici in generale. La iniezione di un veleno cellulare, l'acido picrico per es., produce la morte immediata degli elementi toccati dal reattivo, contemporaneamente questo si combina con gli albuminoidi dei tessuti, e forma con essi combinazioni insolubili e per conseguenza inerti.

Si produce una necrosi asettica ed i tessuti necrosati sono riassorbiti dagli elementi mobili del tessuto connettivo. Donde diminuzione di volume nel tumore, ma tutti gli elementi di questo ultimo non vengono colpiti, dunque inefficacia!

Le tossine agirebbero provocando un'azione chimiotassica negativa sopra ai leucociti che si trovano in maggiore o minore quantità nei tumori, donde diminuzione di volume di questi ultimi. Vi sarebbe dunque regressione solamente apparente.

Benchè Richet abbia cercato di rispondere alle obiezioni di Fabre-Dommergue, si può dire che attualmente esse restano intiere.

Kronacher, da parte sua, ammette che i prodotti batterici, come certi prodotti chimici (essenza di trementina per es.) possono dar luogo a sintomi infiammatorii senza produrre infezione, che hanno spesso una buona influenza sopra alle neoplasie maligne. Per questo autore così agiscono i prodotti sterilizzati dello streptococco. Ma siccome essi possono produrre effetti tossici, gli agenti chimici sono preferibili per produrre la infiammazione cercata. È così che l'essenza di trementina darebbe buoni risultati nei cancri inoperabili.

La spiegazione di Fabre-Dommergue, la teoria di Kronacher sono ingegnosissime; sono vere? Ciò è possibile. Ma il certo si è, dice Chéron *(Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*, 1895) che la sieroterapia vera nei cancri non si poggia sopra ad alcuna base logica e che essa non costituisce neppure una pratica empirica; si è tentata per obbedire alla moda attuale, ecco tutto.

Chéron (l. c.) termina la sua rassegna associandosi a queste parole di Fabre-

Dommergue: « Se, in segnito, Richet ed Héricourt riferiranno risultati più dimostrativi, confermativi del loro modo di vedere, io sarò fortunato di riconoscere che la mia interpretazione era erronea, e che si può sperare ancora risultati inattesi dalla sieroterapia. »

BIBLIOGRAFIA

Elementi di Ostetricia ad uso dei medici e degli studenti. (Lezioni fatte nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico La Torre, negli anni scolastici 1893-94). — Coi tipi di Vincenzo Bona di Torino, gli editori Fratelli Bocca di Torino hanno pubblicato il 1.° volume di un Trattato di Ostetricia, compilato dal dott. **Felice La Torre**, prof. paregg. in ostetricia e clinica ostetrica nella R. Università di Roma. Questo 1.° volume di 701 pagine in-16 è consacrato alla fisiologia della gravidanza e del parto. Come è detto nello stesso titolo, il libro è dedicato agli studenti, ai quali l'ostetrico di Roma rivolge la prefazione dichiarando che le cortesi sollecitazioni onde fu fatto segno, lo spinsero a pubblicare le sue lezioni nel modo più chiaro e conciso, senza la farraggine delle citazioni, le lungaggini delle discussioni, la congerie di opinioni, di bibliografie, le quali, comuni a tutti i trattati, formano opere voluminose, che male rispondono alle esigenze di chi muove i primi passi nello studio della scienza e dell'arte di raccogliere i parti. Tuttavia conoscendo come la soverchia brevità e concisione dei così detti manuali o vade-mecum, il più delle volte sia appena sufficiente a dare le principali definizioni, l'A. si sforzò di rimanere fra i due estremi e pensò di dare al suo scritto la forma didattica suddividendola in lezioni, secondo l'ordine tenuto nei corsi orali. Il primo volume contiene 60 lezioni che saranno indubbiamente trascorse con interesse e profitto non solo dagli studenti, ma altresì dai medici già provetti. Ci auguriamo di poter leggere presto anche il secondo volume.

Decio.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVII. Ottobre 1895. Num. 10.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretto dal Prof. Comm. Domenico Tibone

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
20 NOV 95
LIBRARY

Contributo all'eziologia della presentazione della faccia

PER IL
Dott. ROBERTO MUGGIA
ASSISTENTE VOLONTARIO

(Continuazione e fine, v. pag. 602).

Ai feti che vengono in presentazione di faccia si addebitano altre particolarità, di cui discorremmo nelle generalità e che è pregio dell'opera valutare.

Abnorme cortezza del collo. — Non abbiamo dati sufficienti per giudicarne. Paragonato però la lunghezza col peso a noi risultò il momento contrario. Abbiamo già emesso il nostro parere per spiegare come un feto piccolo con abnorme lunghezza del collo sia predisposto alla presentazione di faccia.

Piccolezza del feto. — Ho già citato in principio quel che ne pensi l'Ahlfeld. Se si calcola che sopra 38 casi nostri in ben 17 il peso è molto al di sotto del normale, non possiamo non dar ragione all'Ahlfeld.

Feto morto macerato. — Sopra 41 casi si trova due volte (34 e 6), nel 34 il peso fetale è di soli 500 gr., onde entra in gran parte la piccolezza fetale. Nel 6 abbiamo oltre alla macerazione il peso inferiore alla norma (3150 gr.) con una lunghezza relativamente grande: d'altro canto il bacino piatto, l'obliquità forte dell'utero hanno concorso in gran parte al costituirsi della presentazione di faccia, come abbiamo già no-

tato a proposito di questo numero. Onde io non saprei qual parte assegnare nei nostri esempi alla macerazione. Certo però che questa porterebbe un tale cambiamento nelle condizioni fisiche dei tessuti fetali, che questi perdono la propria resistenza, compattezza, elasticità e tonicità, onde la maggior facilità di presentazioni anomale.

Feto asfittico e morte con riempimento dell'addome e torace (Ahlfeld). — L'asfissia a me pare piuttosto una conseguenza del meccanismo del parto per la faccia, che non causa. Noi annoveriamo ben 10 casi asfittici nella nostra serie. Di questi l'asfissia è tra il 1.° e il 2.° grado in sei che vennero rianimati; essa si spiega per la lentezza del periodo espulsivo. Nel N. 37 il feto è nato morto per asfissia da compressione del cordone ombellicale: si tratta di una primipara con un bambino molto sviluppato (3710 gr.) gozzuto e con due giri di cordone attorno al collo. In due casi l'asfissia è di grado leggiero. In un ultimo caso l'asfissia condusse alla morte del feto e si spiega dall'enorme protrazione del 2.° periodo. Quanto al riempimento del torace e addome, residuandone un aumento della periferia di queste due cavità, si arriverebbe ad avere per le sproporzioni del feto una difficoltà del suo modellarsi alla cavità uterina e del suo restituirsi a forma ovoidale. Non ne abbiamo esempi nella nostra serie.

Tumori del collo e parte superiore del torace (struma, circolari). — Quattro casi ci si presentano nella nostra serie di vero gozzo congenito permanente e al gozzo specialmente venne attribuito un certo valore nella eziologia della presentazione di faccia. I casi sono il 37, 35, 38, 39. Possiamo quindi calcolare una frequenza del 9 0[0. Il Küstner nella Turingia avrebbe osservato grande quantità di gozzi fetali, ma non afferma che siano costantemente accompagnati da presentazione di faccia, che anzi avrebbe osservato in un solo caso motivo ragionevole di tale presentazione.

I giri di cordone attorno al collo non sono così frequenti come si vuole nella presentazione di faccia. Il Winkel sopra 100 casi della clinica di Berlino li dà solo 19 volte, vale a dire non sarebbero più frequenti che nelle presentazioni di vertice. Fasbender sopra 102 casi dà solo 13 volte. Il nostro rapporto 3 : 41 (casi 22, 37, 40) sarebbe ancora inferiore ai precedenti.

Grossezza abnorme del capo. — Avuto riguardo alla grossezza media

del corpo fetale, abbiamo visto che la grande circonferenza si può considerare aumentata e che inoltre tutti i diametri craniani avrebbero un certo predominio. Niun dubbio che queste circostanze favoriscano la presentazione di faccia. L' esperienza (Küstner) non ci dice per nulla che la forma più caratteristica dell'ingrossamento del capo, l'idrocefalo, predisponga alla presentazione di faccia; ma un moderato ingrossamento tuttavia, specie quando esista nel segmento posteriore del capo, può tanto primariamente quanto in via secondaria occasionare la presentazione di faccia. Il segmento posteriore del capo ha difatti la sua maggiore larghezza a livello delle eminenze parietali: la linea che congiunge queste due tuberosità si trova in tutti i cranii nel dominio del braccio di leva posteriore. Se tali eminenze incontrano un ostacolo in qualunque punto, allora le forze espulsive premono in basso le parti anteriori del cranio, cioè allontanano il mento dal petto. Questo meccanismo agisce nel modo più sicuro quando si tratti di un aumento del capo da una parte, e dall'altra di un bacino ristretto sì, ma che permetta l'impegno facile alle parti anteriori del capo. I dati su cui ebbimo campo di insistere confermano tali vedute.

Anencefalia. — Di regola è pure accompagnata ad abnorme cortezza del collo, specie a spese delle parti posteriori: la parte anteriore del collo raggiunge invece le proporzioni normali. Anche nei gradi più leggieri di tali mostruosità sogliono i feti portare il capo tra le spalle assai larghe. Se poi il difetto di sviluppo va pure estendendosi ad alcune vertebre cervicali, ne avviene un raccorciamento così pronunciato della metà posteriore del collo, che l'atteggiamento iperlordotico della colonna cervicale non può portare altrimenti il capo che colla faccia rivolta in alto. Quando adunque questi mostri vengono partoriti per la testa, la presentazione è di faccia. Nei nostri casi annoveriamo due mostri anencefali: essi sono il 14 e il 17. Nel N. 14 abbiamo già in precedenza un parto podalico e l'anencefalo pesava 1250 gr. Nel N. 17 l'anencefalo pesava 1150 gr. e la donna sarebbe primipara. Facciamoci un momento a pensare alla rarità dell'acrania. L'Hecker sopra 1460 parti della Clinica di Monaco dà un esempio solo, per cui l'anencefalia nelle presentazioni di faccia secondo la nostra statistica sarebbe molto più frequente.

Studiato così il feto ci restano ancora alcune particolarità riferibili alla madre e annessi.

Reumatismo uterino. — Il Freund consacra un esteso capitolo alla discussione di questo argomento. Comprendendo sotto questo nome le irregolarità della contrazione uterina, specialmente quegli stati di tetania del segmento inferiore dell'utero e del segmento superiore del collo, è ragionevole che esse possano fissare una presentazione di faccia o trasformarne una di fronte in faccia. Ma mentre mancano generalmente esperienze in proposito, nei nostri casi non è fatta menzione di tali complicazioni.

Tumori del bacino o delle vicinanze. — Il meccanismo di loro azione l'abbiamo già trattato. Nella nostra serie a questo riguardo merita di essere accennato il caso 27. Qui si parla di un tumore a resistenza ossea, nodulato, palpabile all'esplorazione vaginale e che occupava la porzione sinistra dell'utero; non è ben descritta, anzi neppure accennata l'estensione, la forma e lo sviluppo del tumore. L'utero era obliquo a destra e la presentazione di faccia M. I. D. P.; il feto ha uno sviluppo superiore al normale, compreso il cranio. In queste circostanze, si capisce, l'occipite sarebbe stato arrestato nella sua discesa dal tumore e la testa obbligata all'estensione avrebbe potuto discendere. Forse qui l'idramnios che era concomitante, facilitò tale meccanismo. E con ciò passiamo all'idramnios.

Idramnios. — Lo si riscontra in 5 casi 10, 11, 26, 29, 30. Se paragoniamo la frequenza normale dell'idramnios 1 : 125 gravidanze, vediamo che la frequenza relativa alle presentazioni di faccia è molto più ragguardevole, vale a dire oltrepasserebbe il 12 0[0. Se paragoniamo poi il numero delle primipare colle pluripare nei nostri casi abbiamo 2 : 5, mentre l'idramnios nelle altre presentazioni dà il rapporto di primipare a pluripare 5 : 28. L'idramnios adunque accompagnato dalla primiparità ha un certo significato nelle presentazioni di faccia.

Placenta previa. — La speciale importanza della placenta previa nell'eziologia della presentazione di faccia va spiegata in quanto quella costituirebbe un ostacolo all'impegno della presentazione, ed agirebbe forse modificando la contrazione uterina nelle vicinanze del segmento inferiore. D'altra parte la placenta previa va soventi accompagnata con idramnios (Auvard, Mantel) e l'intervento dell'arte arriva per lo più quando il feto non ha ancora raggiunto il suo completo sviluppo, onde a parità di altre circostanze, la presentazione di faccia sarà più frequente.

Un caso solo di placenta previa tipico, franco, diagnosticabile alla solita sindrome o all'esplorazione o in altre parole che abbia dato luogo ai fenomeni sintomatici, non l'abbiamo: e si capisce perchè è rarissimo (1 : 1564 parti). Tuttavia, se è vera la tesi del Baale che la rottura del sacco delle acque avviene per lo più in corrispondenza della bocca uterina oppure in un punto grossolanamente equidistante dai margini dell'inserzione placentare, a giudicare dalla differenza di lunghezza dei lembi ad avvenuto secondamento, noi avremmo avuto nella nostra serie nove casi di placenta inserita più o meno in basso.

A titolo di semplice rendiconto riferirò ancora qualche dato vagamente raccolto e che, se pel nostro tema non ha grandissimo valore, è necessario perchè sia espletato l'argomento.

Gravidanze precedenti. — Il numero complessivo delle gravidanze precedenti raggiunge l'ottantina. Gli aborti e i parti prematuri vi sono abbastanza frequenti (V. tabella, specie i casi 16, 28, 39). Del resto su questo punto non possiamo avere notizie adeguate.

Gravidanza attuale. — Dalle storie cliniche non abbiamo accenni a fatti che abbiano ragione di essere qui ricordati. La sua durata fu pressochè normale a partire dall'epoca dell'ultima mestruazione, salvo differenze di 15 a 20 giorni in più o in meno della durata normale indicata dal calendario ostetrico, differenze che si possono trascurare. Nel caso 6 la data del parto (calendario) anticiperebbe di 10 giorni; nel n. 35 oltrepasserebbe di 20 giorni la media, nel 41 ritarderebbe poi di un mese e mezzo (ultima mestruazione), ma il feto ha sviluppo normale. Stando al giudizio della donna, si ha il caso 13 in cui il parto anticiperebbe di 15 giorni; ma esaminando lo sviluppo fetale non si otterrebbe l'accordo colla cifra precedente (V. tabella). Abbiamo già parlato a proposito dell'obliquità fetale e uterina le anomalie di presentazione durante la gravidanza, per cui non si ha più da tornare su questo capitolo. Null'altro di notevole attorno la gravidanza.

Meccanismo e decorso del parto. — Per ciò che riguarda il meccanismo del parto, possiamo dire che il feto venne alla luce col regolare movimento di disimpegno, essendo il mento al di sotto della sinfisi pubica; vi è solo il N. 40 in cui il parto avvenne per il vertice, essendovi primitivamente la presentazione di faccia alternantesi con quella di fronte. Inoltre in grande numero di casi non è accennato a presentazioni dif-

ferenti che abbiano preceduto l'attuale di faccia. Dopo un costante meccanismo, dati questi ultimi fatti, a me pare che la questione se la presentazione di faccia sia primaria o secondaria, perda della sua importanza e che tutti i momenti accennati predisponenti al costituirsi di tale presentazione non debbano sviarci dall'idea che il parto per la faccia è un tipo a sè, autonomo come pure la presentazione; non debbano sviarci dall'idea che devonvi esistere leggi fondamentali a base molto più larga, più comprensiva e più confacente per tutti i casi, di cui terremo conto nelle conclusioni. A me pare adunque che la presentazione primaria di faccia sia essenzialmente più conforme al vero. Quanto al disimpegno delle spalle, avvenne il più sovente in maniera che la spalla fin dapprincipio anteriore venne a fissarsi sotto la sinfisi pubica. Una iperrotazione del diametro bisacromiale la si osservò una volta nella 2.ª posizione di faccia, per modo che la spalla destra venne a fissarsi sotto il pube e la sinistra scivolò sulla doccia perineale.

Non abbiamo neppure un caso in cui il mento sia venuto a disporsi posteriormente. Sicchè la proporzione di questa modalità di meccanismo 1 : 8,2 di Winckel non venne constatata: del resto il Winckel stesso fa osservare in proposito che le anomalie di meccanismo vengono pubblicate in modo più preciso e più costante, per cui si deve accettare come massima che il mento posteriore sia eccezionale.

Quanto al decorso del parto, le presentazioni di faccia erano una volta ritenute come pericolosissime per la madre e per il feto, sicchè l'intervento dell'arte era creduto indispensabile. Manca quindi una osservazione spregiudicata sul decorso del parto ed i risultati sono cattivi per la madre e pel feto fino alla fine del secolo scorso. Verso l'ultimo decennio di questo secolo Denman e Boer si sollevarono contro questo modo di vedere. Il Boer specialmente (Küstner) impugna che il ritorno del sangue per le vene giugulari sia ostacolato e produca la morte del feto. Sopra 80 parti per la faccia cita solo 4 feti morti, i quali sarebbero morti tuttavia anche se venuti per il vertice. Di questi parti solo uno necessitò il forcipe per la debolezza dei dolori « und auch dies geschah leicht und für Mutter und kind vortheilhaft. » Tale dottrina che data dal 1791 stentò a farsi strada. L'Osiander sopra 13 casi non ne lasciò neppur uno alla natura. Dal 1843 al 1859, sopra 135 parti venuti in presentazione di faccia, 105 furono terminati col forcipe dai medici di

Nassau, 7 col rivolgimento e estrazione, e solo 18 furono lasciati alle forze della madre.

Winckel ha raccolto 698 casi: 92 volte (13 0[0) venne applicato il forcipe e nel 4 0[0 attuato il rivolgimento. Hecker deduce dalla sua raccolta (anno 1869) che nella presentazione di faccia l'applicazione di forcipe succede il 4.1 0[0 e cioè il doppio delle presentazioni vertice. Mayr dà per la Clinica di Monaco il 6.5 0[0. Fasbender dalla Clinica e Policlinica di Berlino, sopra 104 presentazioni di faccia dà 11.5 0[0 di forcipe, 4 rivolgimenti classici, una cefalotrissia su testa posteriore al tronco e due su testa anteriore. Kamm (Breslavia) dà per 71 casi il decorso spontaneo in 51 (71.8 0[0); il 28.2 0[0 venne operato (7 forcipe, 7 rivolgimento, 2 manualità esterne, 4 craniotomi).

Tali statistiche evidentemente soffrono secondo me tanti errori, perchè nelle indicazioni operatorie vanno comprese altresì le condizioni in cui si ha la presentazione di faccia; (bacino ristretto, procidenza del funicolo o di arti, sviluppo relativamente grande della testa fetale, feto sofferente ecc.); inoltre sono ricavate da materiale delle Cliniche o Policliniche.

Per nostro conto abbiamo 7 casi d'intervento dell'arte (17 0[0) cifra che concorda con quella di Winkel (casi 6, 9, 23, 27, 31, 33, 38); abbiamo una craniotomia seguita da cranioclastia nel caso 27, due rivolgimenti classici (6, 33), e applicazione di forcipe nei rimanenti. Nelle indicazioni entrano in buona parte la ristrettezza pelvica, lo sviluppo esagerato del feto e le sue sofferenze, l'inerzia uterina, il mancato movimento di rotazione. Non si ebbe mai a constatare la procidenza del funicolo.

Durata del travaglio. — Si dà la durata del travaglio in presentazione di faccia più lunga di quella in presentazione di vertice. Alcuni si pronunciarono contro questa affermazione. Hoffmann p. e. sopra 32 casi dà due sole volte la durata al di là di 24 ore; dodici di essi avrebbero durato meno di 6 ore e 18 sarebbero stati terminati nelle prime 12 ore. Ma differenti sono i risultati fondati sopra un maggior numero di casi. Winckel calcola sopra 80 casi in 20 primipare la media della durata di ore 20.2 e per 60 pluripare 11.3 ore. Il medesimo in un'altra serie avrebbe trovato sopra 24 primipare la media di ore 26.8 e per 8 pluripare 16.8 ore.

Ecco la tavola di Fasbender che darebbe il quadro della durata del travaglio in generale:

Durata del travaglio.

		Secondo Veit nei parti in genere	Secondo Hecker nei parti per la faccia	Secondo Fasbender nei parti per la faccia
1.° Periodo	Primipare . . .	ore 20.32	ore 17.51	ore 21.67
	Multipare . . .	ore 14.16	ore 13.75	ore 9.44
2.° Periodo	Primipare . . .	ore 1.72	ore 2.46	ore 4.11
	Multipare . . .	ore 0.99	ore 0.67	ore 1.53

Dalla nostra raccolta abbiamo che la durata media è:

1.° Periodo	Primipare ore 9.7	2.° Periodo	Primipare ore 1.70
	Pluripare ore 7.5		Pluripare ore 2.50

1.° Periodo (1)	Primip. e plurip. ore 9.45'	2.° Periodo	Primip. e plurip. ore 2.24'	3.° Periodo	Primip. e plurip. min. 6'.9"

Durata totale (non compreso il secondamento)	Primipare . .	ore 11.40
	Pluripare . .	ore 10

Se noi poi facessimo la media della durata totale del travaglio in primipare e pluripare insieme sarebbe di ore 10.7, non compreso il secondamento.

Basta confrontare le tabelle precedenti per dedurre che la durata del travaglio, per quanto emerge dai nostri casi, è in media inferiore a quella delle altre presentazioni, salvo nelle pluripare in cui la durata del periodo espulsivo sarebbe maggiore. Si deve tuttavia ritenere che in parte questa durata venne raccorciata dall'intervento ostetrico, in parte si tratta di feti poco sviluppati, perchè la media del peso da noi

(1) La durata dei periodi del parto considerata collettivamente nelle primipare e pluripare, non concorda con quella delle primipare e pluripare prese singolarmente, per i dati che risultano dalla tabella.

constatata è al di sotto del normale. Si verrebbe tuttavia a dar ragione all' Hoffmann.

Consultando i casi singoli si trovano poche cose degne di nota. Nel N. 39 si ha la durata massima totale del travaglio in ore 29. 55', così ripartite: periodo dilatante ore 8; espulsivo (1) ore 21. 40; secondamento 15'. Il feto è lungo 54 cm., il peso è di 3300 gr.; D. M. 139, con D. O. F. 126: la donna è pluripara e non presenta viziatura pelvica.

N. 35. Periodo espulsivo della durata di ore 8. 25'. Il feto è notevolmente sviluppato. Peso 3650, O. F. 137, D. M. 146. La donna è primipara, la pelvi è normale.

N. 33. Periodo espulsivo durata ore 18. La donna è una pluripara attempata; età anni 41. Gravidanze precedenti quattordici. Il feto ha uno sviluppo inferiore alla media, il peso è di 2800 gr.: dei diametri craniani nulla di rimarchevole. Qui trattossi evidentemente di inerzia uterina, che necessitò l'intervento dell'arte (forcipe nello scavo).

N. 5. Periodo espulsivo durata 6 ore. Il feto è molto voluminoso (4000 gr.) e la donna è IIpara; il parto venne terminato col forcipe.

N. 6. Periodo espulsivo durata 3 ore. Il parto terminò spontaneamente. Il peso fetale era abbastanza ragguardevole (3480 gr.): l' O. F. 128 mm. La donna è Vpara, il catino normale.

Non insisto di più su questo punto perchè ha poca importanza dal lato dell'eziologia; dal nostro quadro risulta però che nelle pluripare il periodo espulsivo sarebbe più lungo che non nelle primipare, mentre in queste avrebbe la durata normale.

Tralascio pure di parlare del peso, età, statura delle donne.

Conseguenze per la madre e per il feto. — Quanto alla madre, per quanto la lunga durata del travaglio possa predisporre a complicazioni, noi non abbiamo neppure un caso letale; ma le conseguenze si devono ripercuotere con maggior intensità sul prodotto. Winckel dice che più del doppio, avuto riguardo alle altre presentazioni, di feti vengono alla luce asfittici o morenti (13 0[0]). Hecker, Mayr dànno solo il 6.5 0[0], Fasbender il 14 0[0], Olshausen il 20 0[0]. Evidentemente le conclusioni del

(1) Questa lunga durata del periodo espulsivo si deve ritenere soltanto relativamente: perchè evidentemente in questi casi una gran parte di tempo va data all'inerzia uterina.

Boer sopracitate sono più conformi al vero. Nei nostri casi, fatta astrazione dai feti anencefali, macerati o prematuri, si trova un solo caso di feto asfittico non riavutosi; in questo caso il periodo espulsivo durò 18 ore e il parto venne terminato col forcipe (caso 23): non si aveva nè viziatura pelvica nè sviluppo eccedente del bambino (peso 2800 gr.). Per maggiori particolari su questo punto veggasi il capitolo: asfissia fetale.

Per ultimo anche il perineo correrebbe maggior pericolo perchè la circonferenza trachelo-occipitale sarebbe maggiore della S. O. B. di 4-5 cent. (Troggler), avuto riguardo altresì alla rotazione mento-sacrale per quanto rarissima. Dalla nostra raccolta non risulta alcun caso di lacerazione perineale.

RIASSUNTO E CONCLUSIONI.

Volendo esprimere in una proposizione generale quanto si riferisce alla eziologia della presentazione di faccia, sia per ciò che consta dalla letteratura sull'argomento, sia per ciò che si può dedurre dalla serie dei miei casi, si deve confessare semplicemente che è grandissima la quantità delle cause invocate, ma non ogni causa ha un valore assicurato e tutte insieme le cause non bastano a spiegare ogni caso, dandosene spesso di quelli ad origine occulta.

Se poi vogliamo ricapitolare le cose principali che abbiamo constatate, senza voler ripetere ad una ad una le singole particolarità che si ebbe occasione di notare, ecco ciò che risulta:

Per quanto riguarda la frequenza delle presentazioni della faccia dò la proporzione trovata di 1 : 137 parti, valore che s'approssima a quello delle statistiche italiane e tedesche (Hecker).

Rispetto alla frequenza delle varie posizioni io sopra 41 casi ne ho trovato 25 di mento destra posteriore, 2 di sinistra anteriore, 2 di sinistra posteriore, 2 di destra anteriore, 5 di sinistra trasversale: si ha un caso solo in cui si ha il dubbio tra una mento destra trasversale ed una mento posteriore.

La questione se la presentazione della faccia sia primitiva o secondaria non è risolta: abbiamo potuto verificare tante presentazioni primitive quanto secondarie nei nostri casi: tuttavia per le ragioni addotte mi pare che tale quesito abbia perduto della sua importanza e sia meglio

ammettere la presentazione primaria. Tutti i momenti, tutte le teorie riportate per ispiegare il fenomeno del trasformarsi di una presentazione primitiva in quella secondaria di faccia si possono considerare indipendentemente dalla presentazione primitiva, perchè a rigor di termini non si può affermare di qualsiasi presentazione che tale siasi mantenuta per tutta la gravidanza fino all'epoca del parto.

La teoria Scanzoni ha incontestabilmente, a giudicare dai nostri casi, maggior valore che non la Duncan-Winckel; le ragioni si possono confrontare nel corso della trattazione.

Tra le cause poi trovate nella nostra serie abbiamo i seguenti due gruppi da fare:

I. *Cause fetali.* — Tumori al collo (struma, circolari), abnormi ingrossamenti del capo, della periferia toracica o d'entrambe contemporaneamente in lunghezza relativa normale del feto, dolicocefalia specialmente a spese dell'occipite, mancanza della volta craniana, piccolezza del feto, obliquità del feto particolarmente ventrale, feto macerato, aumento del diametro biparietale, abnorme cortezza del collo, sesso femminile.

II. *Cause materne.* — Gravidanza ripetuta, idramnios, obliquità uterina, tumori che di lato ostruiscono il segmento inferiore dell'utero, placenta inserita in basso, viziatura pelvica.

Tra le cause poi citate dagli autori che non abbiamo potuto riscontrare o per mancanza di dati o perchè realmente non esistevano, abbiamo i seguenti due altri gruppi:

I. *Cause fetali.* — Durezza del cranio, idrocefalo, giri attorno il fronte, posizione abnorme reciproca in gravidanza gemellare, morte del feto con riempimento dell'addome e torace, procidenza d'arti.

II. *Cause materne.* — Estesi strozzamenti uterini, bifidità uterina, subitaneo scolo delle acque, specie in obliquità ventrale del feto, tumori allo stretto superiore o che ostruiscano di lato sia l'orifizio interno sia l'orifizio esterno, esostosi e tumori del bacino. Infine non si è potuto constatare un arresto dell'occipite, e quindi lo svilupparsi della presentazione di faccia, alla spina dell'ischio, ai legamenti sacro-spinosi, all'imene, alla vulva (Ahlfeld).

Per ultimo tra le cause da me in particolar modo riscontrate o che almeno non mi constano menzionate dagli autori, ho le seguenti: 1.° utero con forma globosa o sferica o con forma ovale a direzione trasversale,

che predispone il feto alle obliquità esagerate; 2.° lunghezza del corpo prevalente considerata rispetto al peso fetale, che predispone pure alle obliquità fetali, avuto riguardo all' idramnios e al poco sviluppo fetale con cui si accompagna; 3.° dolicocefalia occipitale consociata a scarso sviluppo del fronte e della faccia in generale: in tali condizioni l'occipite resta facilmente arrestato nella discesa mentre la fronte va in basso più agevolmente; inoltre il feto è predisposto con simili caratteri a mantenere il suo capo in estensione; 4.° l' incrociarsi in ispecial maniera degli assi uterino e fetale; 5.° infine in alcuni casi forse il prognatismo del mascellare inferiore.

Credo che sarebbe un lavoro inutile il ridurre a valori numerici le constatazioni precedenti.

Per rispetto poi alla primiparità o pluriparità abbiamo osservato che esse si equivalgono nei loro rapporti tanto nelle presentazioni di faccia quanto nelle altre presentazioni; sicchè tale questione secondo i nostri dati non avrebbe importanza nell'eziologia dell'argomento in istudio. Però ha un valore non insignificante nelle deduzioni che seguiranno. Come si scorge adunque varii e molteplici sono i momenti, alcuni persino contradditorii, altri predisponenti, tutti incostanti, ma che nella loro sintesi ci permettono di trarre delle conclusioni tutt'altro che indifferenti e d'ordine più elevato, più ampio e più comprensivo ; delle conclusioni che soddisfano ad ogni caso, che ci danno delle ragioni più intime e più salde della presentazione della faccia; delle conclusioni che si possono derivare tanto dalla nostra raccolta quanto dal materiale dei varii autori.

Ho avuto agio di accennare che da parte della madre si cita come causa la bifidità dell'utero, la placenta previa, la gravidanza multipla, il bacino ristretto; da parte del feto il gozzo, l'anencefalia, la dolicocefalia a spese dell'occipite (scimie). A noi stessi pare di aver dimostrato in alcuni casi oltre al poco sviluppo del fronte il prognatismo del mascellare inferiore (diametro M. F. poco sviluppato, S. O. M. molto sviluppato, ecc.). D'altra parte se pensiamo un momento alla procidenza degli arti superiori così frequente nella presentazione di faccia mentre il mento è rotato dietro il pube, ci pare di assistere al parto dei nostri più utili mammiferi domestici (cavalla, vacca, ecc.). Si è già fatto notare la rarità dell'acrania nelle altre presentazioni. Abbiamo pur constatato

con certa frequenza la placenta previa che secondo autorevoli scienziati rappresenterebbe un avanzo della placenta diffusa (Sirelius, Barnes) che si trova in alcuni pachidermi; l'idramnios in primipare. Abbiamo pure notato lo sviluppo maggiore dell'angolo mastoideo dei parietali, la durezza relativa del cranio, l'idrocefalo. Abbiamo visto la deficienza generale di sviluppo relativamente al peso del neonato; gli aborti numerosi delle gravidanze precedenti. Chi non pensa ancora a quel prevalere del peso sulla lunghezza (Ahlfeld) che ci ricorda tanto bene insieme al gozzo il tipo di struttura del cretino? Di più la pluriparità e la primiparità non hanno significato speciale nella presentazione della faccia secondo i nostri dati, quantunque alcuni autori vi annettano un certo valore.

Ancora la ristrettezza pelvica ci rapporta al bacino degli antropoidi, dei quadrupedi in cui esso è più lungo e più stretto che nell'uomo; il bacino piatto ci ricorda quello della talpa.... Come dico, appena se volgiamo lo sguardo a questo complesso di coincidenze, pur non volendo dar loro il significato di cause essenziali, ci si affaccia subito il pensiero che il parto per la faccia non sia altro che un parto di transizione a quello più perfetto nella specie umana, più sicuro per la madre e per il feto, più rispondente alle leggi dello adattamento, al parto per il vertice. In altre parole il mio concetto è questo: come ad esempio nella vacca il feto a muso lungo, a fronte sfuggente che giace quasi sullo stesso piano della faccia, ad occipite prevalente, rappresenta, direi così, il getto della filiera pelvica che deve attraversare per venire alla luce, filiera pelvica che sappiamo essere lunga e stretta, così nella specie umana il bambino che presenta nel capo i caratteri testè accennati anche lontanamente, adattato per la faccia ad un bacino ristretto, è un ricordo di ciò che succede nelle razze inferiori. Perfezionatosi attraverso l'evoluzione della specie l'indice pelvico, perfezionatasi conseguentemente anche la testa fetale che doveva adattarsi alle nuove vie più ampie nel senso trasverso, giungiamo a poco a poco al parto per il vertice.

Noi non siamo riusciti a dimostrare pei nostri feti lo schiacciamento in senso verticale della faccia, perchè se da una parte il M. F. è ridotto, vi è pure proporzionalmente impicciolito il bimalare, e siamo incorsi in un'inesattezza affermando questo in generale, ma per alcuni casi l'abbiamo potuto verificare.

Invece acquista un valore di gran lunga maggiore per l'analogia

del parto per la faccia con quello delle razze inferiori la dolicocefalia a spese dell'occipite. L'Hecker ha intraveduto benissimo questo fatto, ma col suo metodo d'indagine che ho già accennato non è riuscito a darne una dimostrazione evidente. A me parrebbe piuttosto che sia dovuto all'errore del metodo questo cattivo successo. Diffatti egli per fare un confronto tra i bracci di leva anteriore e posteriore si rapporta essenzialmente ai condili dell'occipitale. L'errore, secondo me, consisterebbe in questo che, data una dolicocefalia a spese dell'occipite, bisogna ammettere altresì una trasposizione all'indietro del foro occipitale per necessità di equilibrio della testa fetale al di fuori delle vie generative materne: si capisce quindi che l'Hecker abbia trovato poche differenze tra i due bracci col suo metodo. Sarebbe stato più semplice il calcolare sopra varie misure della testa fetale paragonate tra di loro e col tipo di cranio normale, come io ho fatto.

Ora questo carattere dello spostamento in addietro del foro occipitale ha un' importanza infinita nell'analogia cogli animali inferiori.

Non basta ancora: spostatosi in addietro il foro occipitale, anche la parte articolare della colonna vertebrale ha dovuto seguirlo, onde una inclinazione in senso inverso delle sue superficie corrispondenti, una lordosi più o meno marcata della colonna cervicale, oppure una riduzione delle parti posteriori del collo. Realmente il cammino è in senso inverso per ispiegarsi l'evoluzione del foro occipitale quasi verticale negli animali a stazione orizzontale (quadrupedi) ed a collo lordotico, alla disposizione orizzontale del medesimo (foro) con collo diritto nella stazione bipede: ma per me il ragionamento corre tuttavia. Ecco con ciò che noi siamo trasportati allo studio dell'angolo dell'illustre anatomista olandese, dell'angolo di Daubenton: vale a dire alla misurazione dell'inclinazione dal foro occipitale. Daubenton per misurare tale inclinazione paragonò una linea che passa per il basion e per l'opistion con un piano che passa per l'opistion ed è tangente al bordo inferiore dell'orbita (angolo di Daubenton). Nessun dubbio che quest'angolo ci dia in mano la chiave per esprimere in cifre l'elemento il più essenziale dell'attitudine della testa e dell'architettura del cranio. Il Daubenton fu in questo modo nella possibilità di constatare gradi intermedii fra il tipo dei bipedi e quello dei quadrupedi. Quest'angolo fu trovato solo di 3 gradi nell'uomo, nel chimpanzè di 37 gradi, di 80 gradi nel cane e di 90 nel cavallo e qua-

drupedi ovipari. Il foro occipitale inoltre è più situato in addietro presso i negri che presso gli europei (Soémmering).

Egli è chiaro, ritornando alla nostra presentazione di faccia, che il parto per la faccia negli animali è legato in modo intimo all' attitudine quadrupede; e che quello pel vertice nella razza umana è direttamente dipendente dall'attitudine bipede. Adunque per arrivare a conoscere il segreto reale della causa della presentazione di faccia col meccanismo del parto che le è proprio, secondo me, si dovrebbe studiare in maniera essenziale l'angolo di Daubenton nei nostri feti.

A questo modo di vedere si può fare un'obbiezione, ed è che alcuni parti per la faccia finiscono per trasformarsi in quello di vertice. Quest'obbiezione non fa che confermare invece che il parto per la faccia non sia altro che un parto di transizione: e lo stesso devo dire di quell'altra, che i parti precedenti non siano costantemente di faccia. Evidentemente nei tipi di passaggio non si hanno che caratteri degenerativi sfumati e non raggruppati nella stessa quantità e misura, onde si spiega l' immensa varietà di qualunque fenomeno fisiologico, la difficoltà grandissima di costrurre un tipo, la difficoltà ancora più grande di gettare le basi di qualsiasi teoria. Ecco con ciò spiegati gli infiniti incostanti momenti causali della presentazione di faccia.

In sostanza però dalle idee espresse si capisce che il tipo della presentazione di faccia fetale sia l'anencefalo e che il punto principale sul quale siasi aggirata l'*evoluzione* sarebbe l'articolazione occipito-atlantoidea. In altre parole, l'evoluzione del parto da quello di faccia a quello di vertice sarebbe parallela all'evoluzione della stazione da quadrupede a bipede.

A dare base solida ai concetti accennati sarebbe necessario uno smisurato materiale e uno studio metodico, dal punto di vista antropologico, dei caratteri somatici tanto del feto quanto della madre; uno studio anatomico comparato degli annessi ovulari, ecc. Insomma l' orizzonte è sconfinato, ma seducente e promettitore di risultati. Dopo tutto la teoria accennata, per quanto finora ipotetica, è razionale e parmi che già di per sè presenti alcune conseguenze vantaggiose. Tali conseguenze sono:

I. Col nostro modo di vedere si comprenderebbe la maggiore quantità dei casi, la grandissima varietà, anzi la contraddizione stessa assai frequente delle cause invocate dagli autori. Perderebbero completamente

il proprio significato le questioni sulla primiparità e sulla pluriparità, le questioni che riguardano la presentazione primitiva o secondaria. Si spiegherebbero le varietà delle teorie emesse per valutare il trasformarsi d'una presentazione da primitiva in secondaria. Inoltre si verrebbe a dare una certa importanza colla teoria dell'adattamento, dell'atavismo, al feto, il quale perciò anche nella presentazione e nel meccanismo del parto avrebbe un certo significato attivo (Ippocrate).

II. Si potrebbero forse anche dedurre de' dati pratici importanti. Se il parto per la faccia rappresenta evidentemente l'espressione di date condizioni anatomiche materne e fetali (1), l'intervento dell'ostetrico nella massima parte dei casi non è necessario. Si avrebbe quindi una ragione confortante le idee emesse dal Boer e che abbiamo riportate. Inoltre date le stimmate caratteristiche del feto, che viene per la faccia, si comprende facilmente che esso, malgrado l'iperlordosi considerevole che deve subire, venga alla luce vivo o che da asfittico si rianimi con facilità (per altro canto in molti casi non fa nemmeno bisogno di pensare allo impegnarsi del diametro sterno-sincipitale), ma data la preponderanza delle parti anteriori del collo, sarà il trachelo-occipitale (107 mm.) che subirà l'evoluzione nella rotazione del mento sotto il pube.

Un altro risultato pratico empirico, ma che forse ha il suo lato giustificato, sarebbe quello, all'esempio degli animali, di far situare la donna in posizione prona genu-pettorale: in tale maniera il mento sarebbe facilitato nella sua rotazione dietro la sinfisi pubica e sarebbe più facilmente risparmiato il perineo.

Infine tutte quelle manualità esterne ed interne che vennero suggerite per correggere la presentazione della faccia, non avrebbero il loro fondamento se non ad indicazioni ben determinate nel caso concreto; perchè in molte circostanze quei dati feti che si presentavano per la faccia sarebbero venuti meglio se la presentazione non fosse stata modificata: diffatti nella nostra serie abbiamo potuto constatare la breve durata del

---

(1) L'11 Agosto di quest'anno occorse nella pratica della Guardia Ostetrica di questo Istituto un caso di primipara con parto in presentazione di faccia. Dall'anamnesi risulta che cinque mesi fa una sorella della stessa, pure primipara, ebbe il parto in presentazione di faccia (N. 86, anno 1895, pag. 268 del Registro della Guardia Ostetrica). Quanto questo caso stia a conforto delle nostre vedute non occorre il dirlo.

parto, il suo decorso normale e l'esito fausto tanto per la madre quanto pel feto. Nell'unico caso di feto asfittico non rianimato le cause si possono interpretare in vario modo. Con ciò non voglio dire certamente che il parto per la faccia sia più favorevole che quello pel vertice: tale proposizione è semplicemente assurda; ma, date molte circostanze, il parto per la faccia rappresenta sovente una via di scampo delle risorse naturali.

E così la Lachapelle ha tutte le ragioni quando afferma che nel feto bisogna ammettere necessariamente una predisposizione per l'avverarsi della presentazione di faccia. E così pure, secondo me, l'Osiander ha emesso il concetto più sintetico e più vasto, quando ha enunciato l'ipotesi, che tuttavia venne dagli autori trovata tanto strana, l'ipotesi che il feto nato per la faccia abbia ereditato dal padre o della madre una disposizione « a portare il capo tra le spalle in certa qual maniera. »

E con questo io ho terminato. Se io non sono riuscito a provare tutte le deduzioni precedentemente accennate, a me basta di aver dato un indirizzo speciale allo studio della presentazione della faccia che, secondo le mie vedute, dovrebbe essere fecondo di risultati nel campo della fisiologia e patologia ostetrica. Tale indirizzo è attinto all'anatomia comparata, alla morfologia, all'embriologia, alla filosofia zoologica e scienze affini. Io credo che queste scienze offrano un terreno assai propizio ad alcune scoperte, che ci daranno ragione intima di molti problemi ancora insoluti nell'ostetricia. Del resto hanno già ottenuto splendidi risultati gli antesignani di queste idee, dell'applicazione della morfologia alla clinica, il Lombroso e il De Giovanni. Adunque gli studiosi che avranno l'opportunità ad alcune ricerche, che possano contribuire a rendere salde le nozioni generali esposte intorno alla presentazione della faccia, non tralascino di farle nella speranza di rendersi utili alla scienza.

Torino, Luglio 1895.

TABELLA I. — T

Num. d'ordine	ANNO	SEZIONE	DATA DEL PARTO	MESTRUAZIONE	ULTIMA MESTRUAZIONE	ESTREMO CEFALICO	PICCOLE PARTI	GRAV E P PREC
1	1883	III	28 Gennaio	Prima a 18 anni. Durata 4 giorni, regolare.	25 Aprile 1882	—	Nei due quadranti super.	Igravida
2	1883	II	2 Marzo	Prima a 14 anni. Durata 7 giorni, regolare.	25 Luglio	—	A destra.	Igravida
3	1883	II	11 Giugno	Prima a 12 anni. Durata 2 giorni, regolare.	Fine d'Ag.	—	—	IIIpara. con pa
4	1883	II	13 Luglio	Prima a 18 anni. Irregolare.	24 Sett.	—	A destra.	Ipara.
5	1883	II	30 Ottobre	Prima a 17 anni. Durata 8 giorni, regolare.	? Gennaio	In basso	—	Vpara. e parti
6	1883	II	7 Dicembre	Prima a 17 anni. Durata 3-4 giorni, regolare.	2 Marzo	Fossa iliaca destra	Quadrante super. sin.	Vpara. 2.° ri 3.° na poco 4.° fo morto.
7	1883	II	18 Dicembre	Prima a 17 anni. Durata 8 giorni, regolare.	23 Marzo	In basso	A destra presso la linea mediana.	VIIpara 5.° in di spa 6.° po taneo.
8	1885	II	19 Gennaio	Prima a 13 anni. Durata 3 giorni, regolare.	15 Aprile	—	—	IIpara. lico, fe bito d
9	1884	II	15 Aprile	—	Primi Lug.	In basso	Linea mediana sotto e a livello del bellico.	IIpara. taneo.
10	1884	II	11 Giugno	Prima a 15 anni. Durata 4-5 giorni, regolare.	27 Agosto	In basso mobile.	Nei due quadranti super.	Ipara.
11	1885	II	7 Marzo	Prima a 16 anni. Durata 4-5 giorni, forma anticipante.	18 Maggio	In basso	Fondo dell'utero.	IIpara. taneo.
12	1885	III	12 Giugno	Prima a 11 anni. Irregolari, dapprima sotto forma menorragica, regolari poi.	Incerta	In basso	In alto e a destra.	Ipara.
13	1885	II	14 Giugno	Prima a 16 anni. Durata 3 giorni, regolare.	Incerta	—	—	Ipara.

elle cose principali dei nostri casi di presentazione di faccia.

GRAVIDANZA ATTUALE	UTERO		BACINO	PRESENTAZIONE E POSIZIONE	PARTO	DURATA				FETO				SECONDAMENTO	OSSERVAZIONI
	FORMA	DIREZIONE				I periodo	II periodo	III periodo	Totale	Sesso	Peso	Lungh.	Stato di salute		
Nausee e vomiti primi 2 mesi.	Ovale verticale.	Obliqua destra.	Normale.	Faccia M. I. D. A.	Naturale.	7,30'	1,30'	10'	9,10'	f.	2600	50	Buono.	Spontaneo.	—
Non fenomeni simpatici.	Ovale verticale.	Obliqua destra.	Normale.	Faccia M. I. D. P.	Naturale.	2,30'	45'	—	—	f.	2900	48	Asfittico di secondo grado, riavuto.	Naturale, spremitura.	—
Non fenomeni simpatici.	—	—	Normale.	Faccia M. I. D. P.	Naturale.	4,30'	30'	10'	5,10'	m.	3610	52	Buono.	Spremitura.	—
Fenomeni simpatici.	Ovale.	Obliqua destra.	Normale.	Faccia M. I. D. P.	Naturale.	16 —	2 —	10'	18,10'	f.	2930	51	Asfittico primo grado.	Spremitura.	—
—	Ovale.	Obliqua destra.	Normale.	Faccia M. I. D. P.	Naturale.	6,30'	3 —	10'	9,40'	m.	3480	50	Buono.	Spremitura.	—
Nausee e vomiti primi mesi.	Ovale.	Molto obliqua a destra.	Piatto C. V. 85.	Faccia M. I. S. T. La presentazione primitiva era trasversale ridotta e mantenuta per rivolg. esterno e fasciatura entocica. Divenne poi V. O. I. D. P. pei M. I. S. T.	Artificiale. Rivolgimento.	26,30'	10'	10'	26, 50'	m.	3150	50	Morto macer.	Spontaneo.	—
Nausee e vomiti primi mesi.	Ovale.	Obliqua destra.	Generalmente e irregolarmente ristretto.	Faccia M. I. D. P.	Naturale.	10 —	10'	5'	10,15'	f.	3100	46	Buono.	Spontaneo.	—
—	—	—	—	Faccia M. I. D. P.? o T.?	Naturale.	3,15'	15'	15'	3,45'	f.	3400	50	Buono.	Spontaneo.	—
—	Globosa.	Obliqua destra.	—	Faccia M. I. D. P.	Artificiale. Forcipe Simpson.	—	6 —	10'	—	m.	4000	52	Buono.	Spontaneo.	—
Leggera perdita sanguigna verso la metà della gravid. senza causa.	Ovale verticale.	Obliqua destra.	Normale.	Faccia M. I. S. T.	Naturale.	19 —	5,5'	10'	20,5'	f.	2900	50	Buono.	—	Idramnios.
—	Ovale verticale.	Linea mediana.	—	Faccia M. I. S. T.	Naturale.	7 —	30'	10'	7,40'	f.	3140	49	Buono.	Spontaneo.	Idramnios.
Fenomeni simpatici.	Ovale verticale.	Linea mediana.	Generalmente e uniformemente ristretto.	Faccia M. I. D. P.	Naturale	—	1,25'	20'	—	m.	4000	49	Buono.	Spontaneo.	—
—	—	—	—	Faccia M. I. D. P.	Naturale.	5,45'	1, 5'	15'	7, 5'	f.	2600	49	Buono.	Spontaneo.	—

Num. d'ordine	ANNO	SEZIONE	DATA DEL PARTO	MESTRUAZIONE	ULTIME MESTRUAZIONI	ESTREMO CEFALICO	PICCOLE PARTI	GRAVIDANZE E PARTI PRECEDENTI	GRAVIDANZA ATTUALE	UTERO		BACINO	PRESENTAZIO E POSIZION
										FORMA	DIREZIONE		
14	1885	II	24 Giugno	—	15 Sett.	—	—	VIIpara. Un parto podalico.	—	Ovale verticale.	Obliqua destra.	—	Faccia M. I. D
15	1885	II	25 Ottobre	Prima a 17 anni. Regolare.	19 Gennaio	—	—	IIIpara. Parti a termini normali.	—	—	—	—	Faccia M. I. D
16	1885	II	29 Dic.	Prima a 17 anni. Durata 3 giorni, regolare.	Fine Marzo	In basso.	Quadrante super. destro.	Vpara. Un aborto al 6.° mese, un parto prematuro al 7.0 Due a termine: i neonati morirono subito dopo la nascita.	—	Ovale verticale.	Obliqua destra.	—	Faccia M. I. S
17	1885	III	19 Nov.	Prima a 15 anni. Irregolare per durata. Regolare per periodi di ritorno.	16 Marzo	—	—	Ipara.	Fenomeni simpatici.	Ovale verticale.	Obliqua destra.	—	Faccia M. I. D
18	1886	II	19 Nov.	Prima a 18 anni. Durata 5 giorni, regolare.	7 Febbr.	In basso.	Quadrante super. destro.	IIpara. Parto precedente naturale.	—	Ovale verticale.	Obliqua destra.	—	Faccia M. I. S
19	1887	III	12 Aprile	Prima a 13 anni. Regolare.	9 Luglio	—	—	Ipara.	Fenomeni simpatici.	Ovale verticale.	Obliqua destra.	Normale.	Faccia M. I. S.
20	1887	II	26 Giugno	—	12 Sett.	In basso.	Sul fondo dell'utero.	IIpara. Parto normale.	—	Ovale verticale.	Obliqua destra.	—	Faccia M. I. D.
21	1888	II	6 Giugno	Prima a 14 anni. Durata media 5-6 giorni, regolare.	1 Sett.	Quadrante inf. destro mobile.	Quadrante super. sin.	IIpara. Parto normale.	Fenomeni simpatici.	Ovale trasversale.	Obliqua destra.	—	Faccia M. I. S. 25 Aprile V. mobile S. S.
22	1888	III	2 Maggio	Prima a 18 anni. Tipo regolare.	Fine Luglio	In basso.	Quadrante super. destro.	Ipara.	—	Ovale verticale.	Obliqua destra.	Normale.	Faccia M. I. D.
23	1888	II	8 Luglio	Prima a 16 anni. Durata 4 giorni, regolare.	24 Sett.	—	Quadrante super. destro.	XVpara. 14 a termine.	—	Sferica.	—	—	Faccia M. I. D.
24	1888	III	14 Dic.	Prima a 14 anni. Durata 4-5 giorni, regolare.	22 Febbraio	In basso.	Quadrante super. destro.	Ipara	—	Ovale verticale.	Leggermente obliqua sin.	Generalmente e uniformemente ristretto.	Faccia M. I. D.
25	1889	II	30 Marzo	Prima a 12 anni. Durata 5 a 6 giorni, regolare.	26 Giugno	In basso.	Sul fondo dell'utero.	Ipara.	Fenomeni simpatici.	Ovale verticale.	Obliqua destra.	—	Faccia M. I. S.
26	1890	II	11 Aprile	Prima a 15 anni. Durata 2-3 giorni, regolare.	Fine Giugno	—	Nei due quadranti di destra.	VIIpara, primi 5 regolari, l'ultimo con rivolgimento?	—	Ovale verticale.	Obliqua destra.	Osteomalacia incipiente.	Faccia M. I. D.
27	1890	II	18 Aprile	Prima a 18 anni. Durata 3 giorni, regolare.	?	In basso.	Sul fondo dell'utero.	VII para. Ultimo applicaz. di forcipe.	—	Ovale verticale.	Obliqua destra.	Piatto C. B. 176, C. D. 103.	Faccia M. I. D.
28	1891	II	6 Luglio	Prima a 21 anni. Durata media 7 giorni, regolare.	8 Ottobre	In basso.	Sul fondo dell'utero.	VIIpara. Uno a termini, uno prematuro e 4 morti	Fenomeni simpatici.	Ovale verticale.	Antiversione.	—	Faccia M. I. D.
29	1892	III	27 Gennaio	—	5 Maggio	In basso.	Sul fondo dell'utero.	Ipara.	—	Ovale verticale.	Molto obliqua a destra.	—	Faccia M. I. D.
30	1892	II	20 Marzo	Prima a 16 anni. Durata 2-3 giorni, regolare nel ritorno.	—	In basso.	Quadrante super. destro.	IIpara, parto naturale ed a termine.	—	Ovale.	Obliqua destra.	—	Faccia M. I. D. Present. primi fronte?

PARTO	DURATA				FETO				SECONDAMENTO	OSSERVAZIONI
	I periodo	II periodo	III periodo	Totale	Sesso	Peso	Lung.	Stato di salute		
turale.	30'	10'	5'	45'	m.	1250	34	Anencefalo.	Spontaneo.	Idramnios (5 litri).
turale.	14 —	15'	10'	14,25'	f.	3050	49	Buono.	Spontaneo.	—
aturale.	21,30'	15'	10'	21,55'	f.	2720	49	Buono.	Spontaneo.	—
aturale.	7 —	50'	15'	8,5'	f.	1150	33	Anencefalo.	—	—
aturale.	12,5'	5'	10'	12,20'	f.	2800	48	Buono.	Spontaneo.	—
aturale.	13 —	1,30'	12'	14,42'	m.	2900	49	Asfittico primo grado.	Spontaneo.	—
aturale.	3 —	1 —	2'	4,2'	m.	3420	52	Buono.	—	—
aturale.	5 —	40'	15'	5,55'	f.	3000	50	Buono.	Spontaneo.	—
aturale.	8,30'	30'	20'	9,20'	m.	3390	50	Buono.	Spontaneo.	Giri di cordone attorno il collo fetale.
rtific. Forcipe Lazarewich poi Simpson su testa non rotata.	—	18 —	—	25,45'	m.	2800	51	Asfittico terzo grado, non riavuto.	Spontaneo.	—
aturale.	8,50'	45'	5'	9,30'	m.	2800	51	Asfittico secondo grado, riavuto.	Spontaneo.	—
aturale.	9 —	30'	15'	9,45'	f.	2770	46	Buono.	Spontaneo.	—
aturale.	22,45'	27'	3'	23,15'	m.	3400	52	Buono.	Spontaneo.	Idramnios.
rtificiale.	6,40'	3,20'	5'	10,5'	m.	2750 senza cervello	50	—	—	Forcipe Simpson. Craniotomia e cranioclastia.
aturale.	9 —	20'	10'	9,30'	f.	3350	52	Buono.	Spontaneo.	—
aturale.	11,15'	1 —	10'	12,25'	f.	2800	49	Buono.	—	Idramnios.
aturale.	2,22'	18'	15'	2,55'	m.	3450	50	Buono.	Spontaneo.	—

Num. d'ordine	ANNO	SEZIONE	DATA DEL PARTO	MESTRUAZIONE	ULTIME MESTRUAZIONI	ESTREMO CEFALICO	PICCOLE PARTI	GRAVIDANZE E PARTI PRECEDENTI	GRAVIDANZA ATTUALE	UTERO		BACINO	PRESENTAZIO E POSIZION
										FORMA	DIREZIONE		
31	1892	III	5 Aprile	Prima a 17 anni. Durata media 3 giorni, regolare.	15 Giugno	In basso.	Quadrante infer. sinistro.	Ipara.	Fenomeni simpatici.	Ovale verticale.	Obliqua destra.	Generalmente e regolarmente ristretto.	Faccia M. I. I
32	1893	III	27 Febbr.	—	15 Giugno	Fossa iliaca sinistra.	Quadrante infer. destro.	IIpara. Due parti normali.	—	Ovale trasversale.	—	—	Faccia M. I. D
33	1892	II	16 Dicemb	Prima a 13 anni. Durata 4 giorni, irregolare.	Incerta	In basso.	Quadrante super. destro.	IIpara. Gravidanza a termine, parto naturale.	—	Ovale.	Obliqua destra.	—	Faccia M. I. S
34	1893	II	7 Febbr.	Prima a 12 anni. Durato 4 giorni, regolare.	10 Luglio	—	—	IIpara. Gravidanza a termine, parto naturale.	—	Ovale trasversale.	—	—	Faccia M. I. S
35	1893	II	26 Marzo	Prima a 12 anni. Durata 3-4 giorni, regolare.	30 Maggio	—	Fondo dell' utero.	Ipara.	—	Ovale.	Obliqua destra.	—	Faccia M. I. D
36	1893	II	18 Dicemb.	Prima a 17 anni. Durata 3 giorni, regol.	28 Febbr.	Fossa iliaca destra.	Quadrante super. sinistro.	IIpara. Gravidanza a termine. Parto naturale.	—	Ovale verticale.	Obliqua sinistra.	—	Faccia M. I. S
37	1894	II	7 Gennaio	Prima a 17 anni. Durata 3 giorni, regol.	6 Aprile	—	—	Ipara.	—	—	—	—	Faccia M. I. D.
38	1894	III	15 Dicemb.	Prima a 22 anni. Durata 7-8 giorni, regolare.	Incerta	Fossa iliaca destra.	—	IIpara. Parto spontaneo a termine.	Fenomeni simpatici.	Ovale.	Trasversale.	Piatto rachitico.	Faccia M. I. S.
39	1894	II	12 Dicemb.	Prima a 13 anni. Durata 8-10 giorni, regolare.	14 Marzo	In basso.	Quadrante super. destro.	VIpara. Parti a termini 3, uno settimestre, uno abortivo il sesto mese con feto morto macerato.	—	—	—	—	Faccia M. I. D.
40	1895	II	21 Gennaio	Regolare.	20 Aprile	In basso.	Quadrante super. sinistro.	IIpara. Parti uno a termine normale.	—	Ovale.	—	—	Faccia M. I. S. poi definitiva O. I. D. P.
41	1895	II	6 Febbr.	Prima a 16 anni. Durata 8 giorni, regol.	14 Aprile	In basso tende a spostarsi nella fossa iliaca destra.	Non si sentono.	VIIpara. Dei 6 parti precedenti, 2 artific. per rivolgimento (indicazioni erano la presentazione del piano laterale e la placenta previa), gli altri spontanei.	—	Ovale.	Verticale.	—	Primitiva fronte I. S. A. Secondaria faccia M. D. P.

	DURATA				FETO				SECONDAMENTO	OSSERVAZIONI
	I periodo	II periodo	III periodo	Totale	Sesso	Peso	Lung.	Stato di salute		
	6 —	2,50'	10'	8,60'	f.	2700	49	Asfittico primo grado, riavuto.	Spontaneo.	Forcipe Simpson per favorire rotazione.
	3,30'	30'	10'	4,10'	f.	3050	48	Buono.	Spontaneo.	—
	5 —	35'	5'	5,40'	f.	3300	53	Asfitt. riavuto.	Spontaneo.	Rivolgim. pelvico int. Trachelorrafia.
	7,30'	30'	2'	8, 2'	f.	500	31	Macerato.	Spontaneo.	—
	12 —	8.25'	7'	20,32'	m.	3650	52	Buono.	Spontaneo	Gozzo fetale.
	2,20'	2,25'	5'	4,50'	m.	3850	51	Buono.	Spontaneo.	—
	—	—	5'	—	m.	3710	50	Morto.	Spontaneo.	Gozzo fetale. Giri di cord. attorno il collo.
rcipe parte scav.	13,30'	4,30'	15'	18,15'	f.	3100	49	Asfittico secondo grado, riavuto.	Spontaneo.	Ipertrofia tiroide.
	8 —	21,40'	15'	29,55'	m.	3300	54	Asfittico primo grado, riavuto.	—	Gozzo.
	3,55'	5'	5'	4,5'	m.	3300	51	Buono.	—	Un giro di cordone attorno al collo.
	7 —	1,15'	5'	8,20'	f.	3200	50	Buono.	—	—

TABELLA II. — **Dei diametri fetali.**

	Lunghezza	Peso	O. F.	O. M.	Bp. A.	Bp. O.	S. O. B.	S. O. F.	S. O. M.	D. M.	B. M.	B. T.	Gr. circ.	Picc. circ	Circ. petto	DIAMETRI FACCIALI M. B.	M. F.	T. F.	T. B.	T. O.	B. 2	M. S.
Normali	**50**	**3240**	**110**	**130**	**92**	**89**	**96**	**106**	**97**	**135**	**76**	**78**	**37**	**325**	—	**110**	**87**	**96**	**97**	**107**	**76**	**50**
Num. d'ord.																						
1	50	2600	115	135	90	88	—	110	116	—	77	80	—	—	—	105	92	84	100	106	75	—
2	48	2900	125	130	90	85	94	115	96	132	68	75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	52	3610	128	131	95	96	98	—	—	137	74	78	36	32	34	—	—	—	—	—	—	—
4	51	2930	128	125	91	—	90	—	—	132	72	75	38	305	32	—	—	—	—	—	—	—
5	50	3480	128	131	90	83	97	124	117	—	72	72	37	31	34	115	76	88	97	105	58	—
6	50	3150	—	—	90	80	92	115	130	131	70	80	34	31	34	—	—	—	—	—	—	—
7	46	3100	110	115	90	87	—	—	—	125	75	80	—	—	—	98	78	—	—	—	65	—
8	50	3400	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	52	4000	128	—	96	—	—	—	—	133	81	81	—	—	34	105	55	75	97	102	61	—
	5 giorni dopo il parto		112	116	95	91	—	—	—	143	80	78	—	—	—	110	54	79	116	100	58	—
10	50	2900	120	125	90	88	93	105	105	135	73	76	—	31	37	104	83	94	106	106	62	—
11	49	3140	122	126	91	80	—	—	—	—	72	72	—	—	—	100	55	—	—	—	67	—
12	49	4000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	49	2600	115	—	92	84	85	100	79	—	74	78	32	29	—	92	80	—	83	92	67	—
14	34	1250	—	anencefalo		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

21	50	3000	110	116	92	90	93	100	94	125	72	74	—	—	—	—	—	—	—	—	71	—
22	—	3390	131	120	87	80	95	111	92	136	75	76	38	34	33	110	96	90	100	105	—	—
23	51	2800	114	125	93	91	93	105	94	—	87	78	35	31	—	106	85	83	95	98	72	—
24	51	2800	120	122	85	81	91	105	98	137	72	72	37	31	—	100	73	86	102	115	68	—
25	46	2770	113	116	82	80	81	84	75	121	61	—	33	28	—	90	79	100	95	86	60	—
26	52	3400	126	130	96	90	102	110	94	137	75	—	36	34	—	111	83	93	105	103	75	—
27	50	2750	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	52	3350	126	129	93	90	97	110	100	130	72	77	35	315	32	110	86	93	100	100	76	—
29	49	2800	120	132	91	89	91	105	110	137	64	76	—	—	—	97	92	88	92	103	63	—
30	50	3450	137	142	100	90	92	120	113	140	—	—	40	34	—	—	—	—	—	—	—	—
31	49	2700	125	135	92	86	95	106	98	142	73	76	37	31	—	107	86	89	98	107	75	—
32	48	3050	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	53	3300	122	127	102	100	100	100	90	135	—	—	354	32	—	—	—	—	—	—	—	—
34	31	500	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35	52	3650	137	138	99	96	96	118	96	146	—	—	385	32	—	108	81	97	110	121	83	—
36	51	3850	132	149	102	100	98	112	101	150	—	—	38	34	—	—	—	—	—	—	—	—
37	50	3710	130	135	97	90	96	105	100	138	76	75	38	305	—	100	87	82	91	100	74	—
38	49	3100	107	117	93	90	97	104	97	131	—	—	35	31	—	109	89	98	96	106	78	—
39	54	3300	126	137	97	95	87	102	89	139	80	76	37	31	—	—	—	—	—	—	—	—
40	51	3300	120	132	92	92	95	117	105	130	—	—	35	32	—	—	—	—	—	—	—	—
41	50	3200	120	130	95	93	92	103	97	131	—	72	—	—	—	95	85	96	106	101	70	—

TABELLA III.

Rapporto tra pluripare e primipare.

Numero complessivo dei parti dall'anno 1881 (Gennaio) alli 6 Febbraio del 1895	5644
Numero delle primipare in questo periodo.	2055
» » pluripare » »	3580
Rapporto decimale al numero dei parti di primipare . .	parti 1 : 0,36 primipare
» » » » pluripare . .	» 1 : 0,63 pluripare
Rapporto decimale di pluripare a primipare	plurip. 1 : 0,57 primipare
Numero complessivo delle presentazioni di faccia sopra i 5644 parti	41
Rapporto decimale al numero dei parti delle presentazioni di faccia	parti 1 : 0,007 pr. faccia
Numero complessivo delle pluripare nei parti in presentazione di faccia	26
Numero complessivo delle primipare nei parti in presentazione di faccia.	15
Rapporto decimale alle presentazioni di faccia di pluripare .	pr. faccia 0,63 : 1 parti
» » alle presentazioni di faccia di primipare .	» » 0,36 : 1 »
Rapporto decimale fra pluripare e primipare in presentazione di faccia	plur. 1 : 0,57 primipare

BIBLIOGRAFIA

1. BAUDELOCQUE. « L'art des accouchements. » Paris, 1793.
2. LACHAPELLE. « Pratique des accouchements. » Paris, 1891.
3. AUVARD. « Traité des accouchements. »
4. CHARPENTIER. « Traité pratique des accouchements. » Paris, 1883.
5. BRAUN GUSTAVO. « Manuale d'ostetricia. » (Traduz. Raffaele). Napoli, 1881.
6. P. MUELLER. « Handbuch der Geburtshülfe. » (« Gesichtslagen und Stirnlagen. » Otto Küstner).
7. AHLFELD FRIEDRICH. « Di Missbildungen des Menschen. » Leipzig, 1880-82.
8. PETERS. « Die manuelle correctur der Deflexionslagen. » Wien, 1895.
9. LUIGI ACCONCI. « Corso d'ostetricia (1889-90). » Lezioni raccolte dal dott. Caviglia.
10. ALESSANDRO CUZZI. « Trattato di ostetricia e ginecologia. » Ed. Vallardi (in corso di pubblicaz.).
11. TIBONE. « Corso d'ostetricia (1885-86). » Lezioni raccolte dal dott. Sella.
12. TARUFFI. « Storia della teratologia. »
13. INVERARDI. « Il meccanismo del parto nelle presentazioni cefaliche e nella podalica. »
14. PAUL BROCA. « Mémoires d'antropologie. »
15. PAUL TOPINARD. « L'homme dans la nature. »
16. RAINERI. « Placenta previa. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno 1890.
17. PIERRE ALLEZ. « Du placenta et de ses anomalies. » Thèse pour le doctorat en medécine, 1880.
18. SCHRÖDER-TIBONE. « Trattato di ostetricia. » Traduz. del dott. Giovanni Rocca.
19. HECKER und BUHL. « Ueber di Schädelform bei Gesichtslagen. » *Arch. f. Gyn.*, 1869, Bd. II.
20. AHLFELD. « Zur frage über die Enstehung der Stirn und Gesichtslagenhaltung. » Leipzig, 1873, und *Arch. f. Gyn.*, Bd. XVI, H. 1.
21. GIOVANNI GORIA. « Misure di varii segmenti del corpo fetale a vario periodo di sviluppo. » (Da pubblicarsi).
22. *Archivio per l'Antropologia e la Enologia*, pubblicato dal prof. PAOLO MANTEGAZZA. Firenze, 1873, Fascicolo I. — BUDIN. « Considérations sur la forme du crâne au moment de la naissance et pendant la première semaine qui suit l'accouchement. »

Prof. L. M. BOSSI

Ancora sulla dilatazione meccanica del collo dell' utero in ostetricia

MODIFICAZIONE AL DILATATORE UTERINO

Volgono oramai cinque anni dacchè al Congresso Internazionale di Berlino, esponevo il mio metodo di dilatazione meccanica del collo per il parto forzato e per la provocazione artificiale del parto, presentando l'istrumento a tale scopo ideato ed i casi clinici in cui fino allora l'avevo esperimentato.

Come in tutte le innovazioni accade, anche quivi ebbi a constatare così degli eccessi di scetticismo come degli eccessi di entusiasmo, non escluso anche qualche protesta di priorità, quale quella dell' egregio dott. Verardini, a cui tosto approfitto dell'occasione per osservare:

1.° Che il concetto a cui si ispirarono le mie pubblicazioni sull' argomento, fu sempre ed è quello di ricorrere alla dilatazione meccanica quale io proposi solo quando i mezzi manuali, e quindi l'introduzione graduale della mano, non riescano, ammettendo perciò implicitamente, come è del resto ovvio, la possibilità in alcuni casi della dilatazione del collo colle dita.

2.° Che l'estrazione del feto in donna agonizzante non costituisce che una delle indicazioni all'intervento col mio metodo, e se invero non citai nelle mie memorie il di lui nome *quale relatore* del primo caso di forzata estrazione manuale operata dal Rizzoli (e duolmi dell'involontaria dimenticanza), a proposito però di tale indicazione ricordai il nome del Rizzoli stesso, insistendo anzi sul fatto, che dall'illustre chirurgo il metodo prese il nome di *metodo italiano*.

Premessa tale, dirò, doverosa parentesi, osserverò come sia degno di considerazione il fatto che le note maggiori di entusiasmo mi giunsero dai medici pratici privati e dai medici condotti, da sanitari cioè i quali da soli, male assistiti, in ambienti il più delle volte punto felici, devono provvedere alle svariate distocie che si presentano. Ciò quindi varrebbe a provare la facilità con che si può fare l'applicazione dell'istrumento anche senza aiuti e come non sia perduto lo scopo che mi prefiggevo ideando tale metodo, scopo che è riassunto dalla chiusura dell'ultima mia memoria e che non credo inutile riportare: « Non si dimentichino le immense, le dolorose difficoltà, che offre l'ostetricia a domicilio, in *soffitta,* in confronto dell'ostetricia operativa, comodamente, tranquillamente, con tutt'agio fatta negli ospedali; e ideando processi e metodi di intervento e suggerendo piuttosto l'uno che l'altro, proponiamoci sopratutto per meta che essi siano adatti e facili ad applicarsi anche dal sanitario che trovasi solo, in balìa a sè stesso, scarso di mezzi, impreparato, in cattivi ambienti. E questo, in particolar modo, è il concetto che ci ispirò la presente pubblicazione. »

La casistica delle applicazioni del mio metodo è andata via via arricchendosi, per opera specialmente di colleghi sparsi in varii centri del nostro paese non solo, ma anche stranieri; potrei qui già fornire un forte numero di casi, superando essi il centinaio, ma mi riservo di pubblicarli a quando avrò terminato il lavoro statistico, che al riguardo sto compiendo.

Mi basterà qui, dato lo scopo della presente, accennare solo ad alcuni casi caratteristici sui quali, direi, si modellano i numerosissimi che posseggo fornitimi da molti sanitari.

Signora B., moglie capitano marittimo, dimorante in Genova (archivolto S. Brigida), quintipara. Gravidanza (Marzo 1895) al settimo mese, gemellare, in presentazione di V. l'uno, trasversa l'altro, complicata da fibromioma del fondo dell'utero, da placenta previa marginale e da stenosi ed insufficienza della mitrale nella paziente. Da tre giorni dolori spasmodici con insufficiente effetto del *Viburnum prunifolium,* della piscidia, degli oppiacei. Il giorno 20 Marzo rottura spontanea del sacco, indi imponente metrorragia. Vita della madre in grave pericolo, — collo dell'utero punto dilatato e di lunghezza ancora normale, resistente — impossibile dilatazione colle dita — presente solo la levatrice Trabat-

toni, urgendo gravemente, applico il dilatatore, in meno di mezz'ora (necessitava accelerare stante la continua perdita) ottengo sufficiente dilatazione per poter entrare colla mano nell'utero ed estrarre, previo rivolgimento, due feti maschi e vivi. Stante le condizioni d'anemia acuta della paziente pratico tosto il tamponamento. Il puerperio fu relativamente felice, la madre trovasi ora in ottime condizioni. (Caso dell'autore, pratica privata).

Signora B., moglie ingegnere navale abitante in Genova (Via Caffaro), d'anni 28, primipara. Gravidanza a termine (fine Marzo 1895), presentazione di vertice — stenosi anatomica del collo, placenta previa — da tre giorni sofferentissima — il 2 Aprile alle ore 4 1[2, considerato lo stato grave della paziente e del feto, intervengo col dilatatore — collo accorciato completamente ma chiuso, offrendo piccolo cercine resistentissimo, largo circa un centimetro. Dilatazione sufficiente in 40 minuti — metrorragia da distacco della placenta previa — applicazione di forcipe — estrazione di feto vivo di sesso femminile — madre salva. Assistenza della sola levatrice Aurelia Bettinelli. (Caso pratica privata dell'A.).

Com. Cor., ricoverata nella Clinica ostetrica di Novara il 14 Gennaio 1895. Bacino piatto rachitico. C. V. 85. Il 31 Gennaio trovandosi la gravidanza al principio del nono mese pratico il parto prematuro col dilatatore — esisteva placenta previa marginale — sotto l'azione dell'istrumento si ebbero subito forti contrazioni. Ottenuta dilatazione di 6 cm. in circa mezz'ora, non essendovi perdita sanguigna si abbandona il parto alle forze naturali. Il mattino seguente, stante la perdita sanguigna, si procede all'estrazione del feto, previo rivolgimento podalico. — Feto asfittico tosto rianimato. Eccettuate le conseguenze della perdita sanguigna, il puerperio decorse regolare.

N. N., dimorante in Genova, Vico Inferiore Valoria, pluripara, viziatura pelvica di 2.° grado, gravidanza al settimo mese — sacco rotto da tre giorni — stenosi cicatriziale del collo per traumi subiti in precedenti interventi (craniotomie, ecc.) — l'orificio del collo è dilatato di un cm. circa, punto dilatabile colle dita. — Il dott. De Paoli in unione al dott. M. Ceci applica il dilatatore ed in tre quarti d'ora ottiene sufficiente dilatazione per applicare il forcipe sulla testa fetale. Feto vivo, puerperio regolare — nessuna nuova lesione notevole sul collo. (Dai registri della Guardia Ostetrica di Genova, giorno 6 Gennaio 1895).

M. Pag., d'anni 27, maritata, abitante in Genova, Via Minerva, 21, primipara, gravidanza a termine; collo non ancora completamente accorciato. — Nefrite, tubercolosi polmonare — vita in pericolo per accessi gravissimi di dispnea — grave albuminuria — temperatura a 40°, polso

a 140. D'urgenza, trovandosi il 26 Luglio 1895 alle ore 4 la paziente quasi in istato di agonia, i dottori De Amicis, Maggiani e Olivieri, tentano il parto forzato a mezzo del dilatatore. — In mezz'ora si dilatò a sufficienza il collo e col forcipe venne estratto un feto asfittico. L'ammalata sopravisse, il puerperio per rapporto alle condizioni locali, non offrì complicanze; nessuna lacerazione notevole al collo. (Dai registri della Guardia Ostetrica di Genova, N. 1136).

Ai quali fatti clinici potrei aggiungere i 41 già pubblicati nel 1892 *(Annali di Ostetricia e Ginecologia)* ed altri 64 raccolti in questi altri tre anni, formando così un totale di 110 coi risultati seguenti:

a) per la madre; nessuna morta a causa dell'operazione nè durante l'operazione;

b) per il feto; 6 morti durante l'operazione.

Tali casi, che ripeto, per le circostanze che li accompagnarono, sono caratteristici, non abbisognano di commenti, nè di considerazioni.

E volli esporli appunto in modo sommario perchè rapidamente letti, per sè stessi possono dimostrare come in contingenze gravissime, il metodo in discorso possa riuscire utile.

Mi basterebbe solo constatare che i più increduli giungessero alla conclusione che, ove gli altri mezzi non ottengono il desiderato scopo, si ricorra a questo, della dilatazione meccanica.

È un fatto constatato ed ogni giorno constatabile da tutti gli ostetrici che abbiano occasione di esercitare in un numero anche non grande di pazienti come si incontrino:

1.° Casi di gestanti le quali per il minimo strapazzo, per il più lieve trauma, per una emozione anche non grande abortiscono o partoriscono prematuramente.

2.° Casi all'incontro di pazienti le quali offrono una resistenza all'interruzione, sia spontanea, sia artificiale della gravidanza, veramente meravigliosa.

Gli strapazzi anche i più gravi (lunghe camminate, gite ai monti, cavalcate, ecc.), traumi notevoli (cadute, colpi, ecc.), forti patemi d'animo, ecc. non valgono in esse ad interrompere la gestazione in corso.

Le stesse pazienti poi, se havvi indicazione alla artificiale interruzione della gravidanza, mettono a dura prova la longanimità dell'operatore, il quale pur impiegando successivamente oltrechè molti giorni i

tanti mezzi che l'arte suggerisce (doccie vaginali, catetere del Krause, laminaria, dilatatori dell'Hégar, del Tarnier, sacchetti del Barnes, ecc.) difficilmente giunge ad ottenere la meta, e la ottiene poi (e non sempre) intervenendo colle incisioni quando il collo ed i genitali esterni sono assai traumatizzati, l'ammalata esausta di forze e la gravidanza (o la malattia se tale è l'indicazione) troppo inoltrata, tanto che facilmente ne consegue la perdita del feto e talora anche della madre.

Ad esuberanza lo provano ad esempio i seguenti casi, che rilevo da pubblicazioni apparse in questi anni:

I. Donna rachitica, pluripara, che ebbe 5 gravidanze a termine con parto spontaneo; entra nella clinica di Firenze ai primi di Novembre 1894, ed il prof. Pestalozza decide di provocare il parto prematuro, colle modalità e coll'esito seguenti:

1.° Doccie vaginali per alcuni giorni.

2.° Introduzione nel collo il 13 Novembre (1894) di cilindro di laminaria.

3. Introduzione di altri due cilindri di laminaria alla sera del 13 dopo levato il primo.

4.° Il 14 introduzione di candeletta elastica N. 17.

5.° Il 15 introduzione di altre due candelette elastiche N. 15.

6.° Il 16 sortono dette candelette e si rimettono in posto.

7.° Il 17 introduzione di 10 cm. c. di glicerina.

8.° Il 18 introduzione di un colpeurynter.

9.° Il 19 introduzione di un colpeurynter più voluminoso.

10.° Il 19 a sera, alle ore 16, incisioni sul collo.

Il 19 a sera, dopo le incisioni, craniotomia, estrazione del feto col cranioclasta, profonda lacerazione del collo a destra e fuoruscita di sangue a flotti; sutura, zaffamento, e morte dell'ammalata alle ore 18. All'autopsia si nota raccolta di sangue sottoperitoneale comunicante colla lacerazione del collo a destra. (Dal giornale *Lo Sperimentale,* comunicazione della Clinica di Firenze).

II. Viziatura pelvica — provocazione del parto prematuro colle doccie vaginali, col catetere del Krause, coi sacchetti di Barnes, ecc. — Il tempo impiegatosi per ottenere una sufficiente dilatabilità del collo con tali mezzi fu tanto lungo, che poi si dovette addivenire alla craniotomia. — La madre moriva pure per emorragia in seguito all'atto operativo, e, pare, per lacerazione profonda del collo. (Vedi « Rendiconto lezione di chiusura Clinica ostetrica di Genova. » Pestalozza, 1892, pag. 12, Tipografia Sordo-Muti).

III. Pluripara, viziatura pelvica, coniugata. — V. di 7 1[2 cm., bacino piatto rachitico. Provocazione del parto al principio del nono mese. Vengono impiegati *dapprima il dilatatore del Tarnier,* poi il metodo del Krause, poi il metodo del Kiwisch, poi la puntura delle membrane, e tutto ciò senza ottenere una dilatazione sufficiente, insorgendo frattanto brividi di freddo e febbre. Il tempo trascorso fu tale che poi si dovette addivenire alla sinfisiotomia, seguita dapprima da applicazione di forcipe che non riuscì, indi da rivolgimento. L'esito fu negativo: il feto fu estratto morto. (Vedi *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* 1894, N. 1, dottor Michelini).

IV. Pluripara, ebbe già parti spontanei a termine. Presentasi a termine gravidanza con stenosi del collo. I varii mezzi usatisi, *comprese le incisioni,* per dilatare il collo ed estrarre il feto, furono vani. Non fu possibile neppure la craniotomia che fu tentata inutilmente dal dottor Michelini. Egli allora praticò il taglio cesareo, col quale oltre al feto si perdette anche la madre. (Dott. Michelini, « Rendiconto della Maternità di Genova, » 1887).

Su quattro interventi perciò per la provocazione artificiale del parto, per ottenere cioè sufficiente dilatazione del collo, tre madri morte e quattro feti perduti.

Nei nostri cinque casi invece in cui si usò del metodo della dilatazione meccanica cinque madri salve e cinque feti vivi, notandosi che trattavasi di complicanze gravissime, e cioè placente previe, stenosi del collo, presenza fibromiomi, albuminuria, tisi polmonare. Che se vuolsi tener nota della statistica completa, si ha su 110 casi nessuna morta per l'atto operativo e 6 soli feti morti durante l'operazione. Ora mi è lecito chiedere, sempre nell'interesse dell'argomento in trattazione, quando casi simili agli ultimi quattro esposti si presentano all'ostetrico, quando ci troviamo alle prese con pazienti che offrono tale una *fenomenale* resistenza, in cui e le doccie, e il catetere del Krause ripetutamente applicato, e i sacchetti del Barnes, e il dilatatore del Tarnier non riescono, è da ripudiarsi il metodo della dilatazione meccanica quale io proposi?

La risposta parmi ovvia, epperò onde clinicamente meglio corredare queste mie considerazioni, riferirò qui alquanto in esteso alcuni casi a noi occorsi, e già pubblicati dal dott. G. De Paoli (« Alcune osservazioni cliniche sul metodo del Krause, ecc. » *Riforma medica,* N. 279, Dicembre 1893), in 3 dei quali dopo inutilmente esperito il metodo del

Krause per parecchi giorni, utilmente si ricorse al dilatatore meccanico:

Storia I.

Pluripara. Gravidanza ottavo mese. Feto morto. Provocazione parto metodo Krause. Rimangono le candelette inutilmente nell'utero per sei giorni. Applicazione dilatatore Bossi con esito rapido e felice. Guarigione della paziente.

Il giorno 29 Dicembre 1892 fui chiamato, scrive il dott. De Paoli, in Piazza Lepre presso N. N., d'anni 28, maritata, pluripara, per diagnosticare se il feto fosse vivo o morto.

La gestante narra non aver mai avuto malattie gravi; fu clorotica; la prima mestruazione l'ebbe a 18 anni e le successive furono sempre regolari nella quantità, qualità ed intercorrenza; fu sempre leucorroica. Non sa l'epoca dell'ultima mestruazione, ebbe vomiti e capogiri nei primi mesi di gravidanza, avvertì i moti fetali ben distinti fino al 28 Dicembre.

Avendo avuto la N. N. già 4 parti, con feto sempre morto e macerato, e non avendo più avvertito i moti attivi, chiamò subito la sua levatrice, la quale per assicurarla mandò a chiamarmi.

La N. N. è di statura media, masse muscolari poco sviluppate, abbondante pannicolo adiposo, colorito della cute e delle mucose pallido, poco appariscente la maschera facciale, mammelle sviluppate con capezzolo rientrante. Temp. normale, polso celere.

Alla palpazione dell'addome si riscontra pareti flosce, forma dell'utero ovoidale obbliquo a destra, scarsa quantità di liquido amniotico, estremo cefalico allo stretto superiore, piccole parti in alto e a destra. L'ascoltazione è negativa.

All'esplorazione si trova: vagina ampia, vescica e retto vuoti, collo dell'utero non scomparso, rammollito completamente, orifizî non dilatati per vertice e mobile allo stretto superiore.

Feci diagnosi di gravidanza 8.° mese con feto morto in cavità. La gestante avendo un polso celere, disappetenza, cefalea e non essendo troppo floride le condizioni di salute, suggerii la provocazione del parto, ch'ella volentieri accettò.

Il giorno 31 Dicembre assistito dalla levatrice sig.ª Aurelia Bettinelli, previe tutte le cautele dell'antisepsi, introdussi nella cavità uterina una candeletta N. 10 scala inglese, e la trattenni in posto mediante zaffo.

Passarono ben 48 ore senza che alcuna contrazione uterina si fosse manifestata; ed essendo sporca la garza dello zaffo, la tolsi e così pure la candeletta e trovai le stesse condizioni.

Disinfettata la vagina, di nuovo introdussi la candeletta.

Il giorno 6 Gennaio non erano ancora comparse contrazioni uterine. La paziente era irrequieta, polso celere, leggero aumento di temp. Credetti bene non lasciar procedere le cose in questo stato, e pregai il prof. Bossi a visitare la gestante, che ben tosto fu del mio avviso e si applicò il dilatatore meccanico.

Introdotto il dilatatore comparvero contrazioni uterine; succedette gradatamente la dilatazione ed in poco potei eseguire il rivolgimento.

Estrassi un feto morto e macerato; il secondamento spontaneo senza emorragia. Seguì un puerperio normale.

Storia II.

Primipara. Viziatura pelvica di 2.° grado. Provocazione parto metodo Krause con 10 giorni di permanenza dei cateteri nell'utero. Rivolgimento. Feto vivo. Guarigione della donna.

Nel mese di Luglio 1892 fui pregato dalla signora Colomba Raynaud, levatrice (leggesi nella memoria del dott. De Paoli), a visitare in Vico Tacconi, N. 6, int. 6, certa N. N., d'anni 27, primipara.

La gestante narra di aver sofferto di rachitide e le malattie dell'infanzia; fu mestruata a 18 anni.

L'inferma è di statura piccola; masse muscolari poco sviluppate, pannicolo adiposo scarso, colorito della cute e delle mucose pallido, poco appariscente la maschera facciale, scoliotica, genuvalga a destra, mammelle poco appariscenti con capezzolo rialzato.

Alla palpazione dell'addome si riscontrano le pareti tese, aumento del diametro trasverso, scarsa quantità di liquido amniotico, estremo cefalico a destra, piccole parti a sinistra; sulla linea ombellicale sono manifesti i battiti cardiaci fetali.

Alla esplorazione si ha vagina stretta e rugosa, vescica e retto vuoto, collo uterino lungo 2 cent. circa, orifizî chiusi, presentazione incerta. Coniugata vera 8 cent.

Feci diagnosi di gravidanza a principio dell'ottavo mese, con viziatura pelvica, in presentazione trasversa.

Consigliai la provocazione del parto e previe tutte le solite cautele antisettiche introdussi una candeletta in cavità uterina il giorno 29 Luglio.

Il 1.° Agosto l'ammalata non accusò alcun dolore, ed essendo sporca la garza che teneva in posto lo zaffo, la tolsi, lavai la vagina, tolsi la candeletta e ne introdussi un'altra di calibro più grosso, che fu introdotta nell'utero in tutta la sua lunghezza.

Dopo 10 giorni di permanenza della candeletta in cavità, incomin-

ciarono dolori, e dopo 20 ore di doglie, tolti lo zaffo e la candeletta, trovai una dilatazione sufficiente per poter intervenire.

Aspettammo ancora per un'ora, ma i dolori erano cessati, e posta la donna in posizione ostetrica, eseguii il rivolgimento, ed estrassi una bambina viva, ben sviluppata.

Secondò normalmente, ed ebbe un puerperio normale.

Storia III.

Primipara. Viziatura pelvica di 1.° grado. Provocazione del parto col metodo Krause. I cateteri rimangono complessivamente in posto per 9 giorni con esito insufficiente. Applicazione del dilatatore. Feto e madre salvi.

Il giorno 7 Febbraio 1893, si presentò, espone il dott. De Paoli, allo Ambulatorio del prof. Bossi certa B. M. accompagnata dalla signora Luigia Marsano, levatrice, per decidere sul da farsi.

La B. M. ha 23 anni, abita in via Giustiniani, N. 11, p. p., ed è gravida per la prima volta.

La prima mestruazione l'ebbe a 15 anni, regolari le successive, da bambina sofferse rachitismo.

Da 8 mesi non ha più mestruazioni; nei primi 3 mesi soffrì i fenomeni simpatici, ed è da 3 mesi circa che sente i moti attivi fetali.

L'inferma è di statura piccola, masse muscolari poco sviluppate, le pareti dell'addome sono tese, la forma dell'utero ovoidale leggermente obliquo a destra, liquido amniotico abbondante, estremo cefalico allo stretto superiore, piccole parti in alto e a destra.

All'ascoltazione si hanno i battiti cardiaci fetali nel quadrante inferiore di sinistra. All'esplorazione si ha la vagina stretta e rugosa, vescica e retto vuoti, collo dell'utero lungo, rammollito, orifizî chiusi.

Coniugata vera 7 cm. e mezzo, con introflessione del cotile di destra; si fece diagnosi di gravidanza 8.° mese, con bacino obliquo piano, presentazione di vertice mobile allo stretto superiore a sinistra anteriormente alquanto obliqua. Si consiglia subito la provocazione del parto.

Il giorno 10 Febbraio 1893 alle ore 2 e mezza, in compagnia del dott. Pietro De Amicis e della levatrice, previa accurata disinfezione con 2 litri di soluzione con bicloruro di idrargirio, si introdusse in cavità una candeletta del N. 25, scala inglese, resa asettica mediante lavatura con sapone e soluzione fenica al 5 per cento e stata a bagno per 48 ore in una soluzione di sublimato, alcool e glicerina.

La introduzione della candeletta fu facile, e non accadde alcun incidente, fu tenuta in posto con zaffo di garza al sublimato.

Non si risveglia alcun dolore, polso normale, temp. normale.

Il 13 Febbraio si tolse lo zaffo e la candeletta, si disinfettò la vagina e si trovarono le stesse condizioni del giorno 10 Febbraio.

S' introduce in cavità altra candeletta preparata di calibro più voluminoso.

Arrivammo al giorno 18 Febbraio senza la comparsa di alcun dolore.

Visitata la paziente si trovò collo lungo 2 cent., non dilatato, nè dilatabile; e considerato che lasciando progredire la gravidanza si andava incontro alla perdita del feto, e a gravi operazioni, il prof. Bossi decise d' intervenire.

Alle ore 2 pom. del giorno 18 Febbraio previe tutte le cautele antisettiche, si applica il dilatatore Bossi, e ad ogni quarto d'ora si dà un giro alla vite. Appena introdotto l' istrumento in cavità, l' utero si contrae energicamente. Il dott. De Amicis sta presso l' ammalata, ed ogni quarto d'ora gira il manubrio.

Alle ore 6 e mezza, in unione al prof. Bossi si visitò la paziente e si trova una dilatazione di 5 cent., sacco intatto resistente; si toglie il dilatatore e si lasciano procedere le cose normalmente.

Visitai la gestante alle ore 9 pom. e trovai la stessa dilatazione e le contrazioni uterine molto leggere. Credetti bene riapplicare il dilatatore Bossi, e lo tenni in posto fino alle 11 pom., dando un giro al manubrio ogni mezz' ora.

Alle 11 pom. tolsi il dilatatore, e feci scendere dal letto la donna: le contrazioni procedettero forti e regolari, alle ore 7 ant. del 19 si ebbe dilatazione completa; sacco integro.

Alle ore 9 ant. si ruppero le membrane ed eseguii il rivolgimento estraendo una bambina viva e ben sviluppata.

Nella rottura del sacco si cambiò la presentazione e venne una C. I. D. Dopo 25 minuti secondò spontaneamente e procedette un puerperio normale. Non si ebbe alcuna lacerazione al collo dell' utero, vagina, forchetta.

Storia IV.

Pluripara. Gravidanza al 5.° mese complicata da bronco-polmonite. Feto morto. Provocazione del parto col metodo Krause. Per 3 giorni rimane il catetere in posto senza effetto. Aggravandosi ognor più lo stato della paziente si applica il dilatatore meccanico. Esito felice e rapido.

Il giorno 14 Aprile 1893 fui chiamato, scrive sempre il dott. De Paoli, essendo di turno alla Guardia Ostetrica, in salita Cannoni, presso una pluripara gravida in 5.° mese.

Lo stato dell' ammalata era assai grave, ebbe cefalea, brividi ripetuti di freddo susseguiti da calore e sudore, disappetenza, stanchezza generale, tosse.

Narra la gestante che sono 5 mesi che non ha mestruazioni; che ha sentito i moti attivi fetali; che però da 3 giorni non li sente più. Ha perdita abbondante di leucorrea dai genitali.

Esaminato attentamente l'apparecchio respiratorio, si trovò una ipofonesi sulla fossa sopra-scapolare di destra; all'ascoltazione respirazione aspra, con qualche leggiero rantolo inspiratorio.

E a tal uopo prescrissi una soluzione alcoolica al 20 per cento di guaiacolo da prendere 50 gocce al giorno.

Cercati attentamente i battiti cardiaci fetali, non riuscii a varie riprese a sentirli, e neppure i moti attivi.

Feci diagnosi di gravidanza al 5.° mese complicata da bronco-polmonite cronica e feto morto.

Chiamai a consulto il Direttore della guardia prof. Bossi, che dopo accurato esame della paziente, convenne nella mia diagnosi, e decise di provocare il parto.

Introdussi in cavità dell'utero una candeletta previamente preparata, e tenuta in posto mediante zaffo.

Nelle prime 48 ore non si ebbe alcun dolore; febbre a 40°. 5; polso 120. Somministrai 2 grammi di bisolfato di chinina.

Al terzo giorno il polso era 130, temp. 38°. 5 e continuavano i brividi di freddo susseguiti da calore e sudore.

Si intervenne col dilatatore Bossi ed in sei ore potei estrarre un feto morto e macerato da più giorni. Non si ebbe emorragia.

Disinfettai la cavità uterina con sublimato corrosivo e procedette un puerperio normale.

Varî giorni or sono si presentò all'Ambulatorio ginecologico, e visitata si trovò l'utero in ottime condizioni, e anche i fatti polmonari assai migliorati, avendo sempre continuata la cura col guaiacolo e i ricostituenti.

Gli esiti, come si vede furono assai favorevoli.

I cateteri, *ripetutamente introdotti,* rimasero complessivamente in posto: in un caso 6 giorni; in uno 10 giorni; in uno 9 giorni; in uno (gravidanza a 5 mesi e feto morto) 3 giorni.

Parmi che maggior longanimità verso il metodo del Krause non si poteva usare, e riesce ovvio il chiedere: dovevasi con tale mezzo insistere?

Le condizioni della paziente e del prodotto del concepimento non lo

permettevano in 3; in una sola si credette poter insistere (caso N. 2), e si potè qui ottenere sufficiente dilatabilità solo dopo 10 giorni e 20 ore per estrarre il feto.

Negli altri non era coscienzioso perseverare su tale via, e noi dovendo cambiare metodo, usammo del dilatatore ottenendo ottimi risultati.

Ed è pure ora a chiedersi se, considerato lo stato in cui trovavasi il collo dell' utero e la vagina in dette gestanti dopo reiterate introduzioni del catetere; considerata la prostrazione in che le operande trovavansi in preda; considerate le condizioni in cui trovavansi i relativi prodotti del concepimento; considerato in ultimo il fatto che gli ambienti in cui si operava erano punto felici, abitazioni cioè in vicoli, camere oscure prive d'aria, mancanza di pulizia, deficienza di biancheria e d'ogni mezzo nonchè d' assistenza, miseria spirante da ogni angolo; se ciò tutto considerato conveniva usare di mezzi ancora incerti per rapporto alla lunghezza del tempo d' azione, o ledenti direttamente le parti, quali le incisioni, e se di tali mezzi usando non vi era la probabilità di provare le amare disillusioni che vedemmo avverarsi in Cliniche e Maternità fornite di tutto quanto può desiderarsi nell' esercizio clinico.

I confronti sono sempre odiosi; ma solo a base di essi, solo dall' esame dei fatti clinici svariati nel decorso e negli esiti è possibile il fornire criterii clinici serii, coscienziosi, utili all' esperienza del sanitario.

E solo poi con tali confronti è possibile di scaricarsi dalla taccia di utopista, che anche a *priori* talora può essere lanciata in contingenze ove i principii e le modalità di vedere e di interpretare fatti e cose non possono con facilità, per molteplici ragioni, essere dalla plurabilità condivisi.

Ciò incidentalmente detto, senz' altro passerò in esame di nuovo qualche obbiezione fatta al mio metodo.

1.° L' istrumento, si dice, è troppo voluminoso e pesante.

Risponderò che anzitutto è l' indole stessa del ramo nostro chirurgico che richiede istrumenti voluminosi; l' armamentario ostetrico infatti presenta gli istrumenti più pesanti che si abbiano in chirurgia.

E ciò pel fatto che debbonsi vincere grandi resistenze; nè la resistenza del collo devesi ritenere lieve; ed invero i tentativi fatti reiteratamente per ridurre il mio dilatatore riuscirono vani, dando un istru-

mento inservibile; il Baldinelli ed il Marelli possono ciò testificare. Nell'ultimo modello però colla modificazione che ora esporrò, l'istrumento ha acquistato peso e volume assai minori in confronto dei primitivi, pur mantenendo le dimensioni fondamentali necessarie a dare ad esso la dovuta resistenza (vedi figura).

2.° L'istrumento non è bene disinfettabile.

Soggiungerò anzitutto che nei numerosissimi casi in cui fu applicato finora non mi consta sia mai intervenuta infezione.

In secondo luogo esso può farsi bollire senza che venga punto deteriorato.

In terzo luogo la disinfezione sua riesce perfetta anche direttamente, ove si abbia l'avvertenza di disinfettarlo tenendolo aperto. È d'altronde a chiedersi se le reiterate introduzioni di candelette, di sacchetti, tupelo, ecc. (come nei casi sopra riferiti), non possano riuscire a tale riguardo ben più pericolose.

3.° L'istrumento può lacerare il collo.

Questa obbiezione diventa meno razionale ove si consideri che coloro che la emettono in parte si dichiarano partigiani delle incisioni. Si teme il dilatatore meccanico perchè può lacerare le pareti del collo, e non si temono le profonde incisioni che al fuoruscire delle parti fetali non si può prevedere fin dove possono estendersi. Il caso (Pestalozza) sopra riferito della Clinica di Firenze (e, sebbene non descritto con eguale indiscutibile evidenza, vi si aggiunga l'altro dello stesso autore in epoca anteriore) informino; dopo tanti giorni e tanti tentativi vani per provocare il parto prematuro, si giunse alle incisioni del collo, e l'ammalata moriva per emorragia consecutiva a lacerazione profonda di esso; ed esempio non meno eloquente sia pure quello della Maternità di Genova (dott. Michelini), in cui si asserisce che le incisioni alla Dührsenn non bastarono sebbene seguite dalla craniotomia, e si dovette praticare il taglio cesareo con sacrificio anche della madre; mortali in due casi quindi e inutili (e perciò dannose) nell'altro; tre casi e tre decessi! Ed a tali tre casi potrei far seguire altro fatto clinico occorso nella Clinica di Genova e descritto nella lezione di chiusura del 1895, fatto clinico in cui dovendo provvedere alla provocazione del parto ed alla dilatazione del collo, il prof. Acconci praticò le incisioni così dette alla Dührsenn, e nell'estrazione poi del feto una delle incisioni si prolungò di tanto in alto che

per poco non perdè la paziente. Si dovette portare l'utero all'esterno e suturarlo profondamente.

Le lacerazioni d'altronde del collo sono assai frequenti anche nei parti spontanei, e più frequenti poi e profonde nelle semplici applicazioni di forcipe.

Ora la percentuale delle lacerazioni (come risulterà da una memoria in corso di stampa del dott. De Paoli), nei casi di dilatazione meccanica non supera punto la percentuale delle lacerazioni che si hanno nella pratica ostetrica abituale, e mi è dato affermare che posso ciò provare anche in base ai 110 casi finora raccolti.

Il quesito poi potrebbe mettersi nei seguenti termini: trovandoci in presenza di una primipara con feto vivo e vitabile, con il collo uterino non ancora accorciato, e urgendo (eclampsia, placenta previa, cardiopatia, ecc.) svuotare la cavità uterina, quale mezzo rapido seguirebbe il sanitario, specialmente quando si trovasse solo senza l'aiuto di colleghi? I comuni mezzi riescono lunghi e incerti; la dilatazione manuale non è possibile; altra risorsa non vi ha che le incisioni del collo; e io chieggo quale via debbasi seguire, fra le incisioni che debbono estendersi lungo tutto il canale cervicale, dividendo tutto il parenchima e giungendo ciecamente a lesioni di vasi anche cospicui, e la dilatazione meccanica graduale che anco in mezz'ora (come l'esperienza clinica ha ampiamente oramai dimostrato), il più delle volte senza lesioni degne di nota provoca energiche contrazioni e ci dà una sufficiente ampiezza per estrarre il feto.

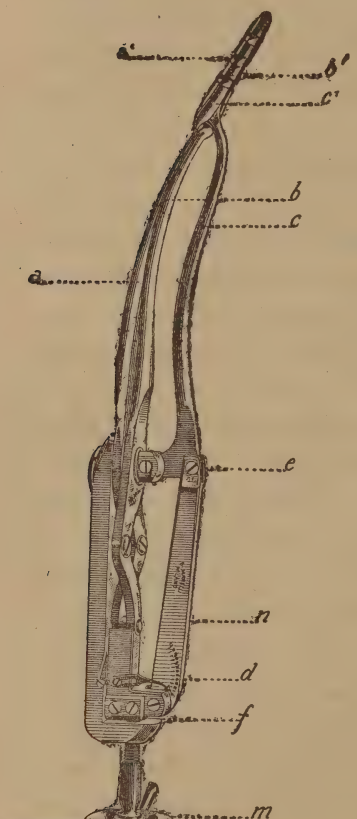
4.° Le branche dell'istrumento facilmente possono scivolare dentro la cavità uterina od in vagina.

Già a tale inconveniente ebbi ad ovviare sia col rendere rugosa la superficie esterna delle asticelle, sia col ricoprirle di tubetti di gomma; le applicazioni fatte in tal modo ci dimostrarono che ben difficilmente le branche ora scivolano.

5.° La non facile introduzione essendo le aste diritte, e il canale cervicale diretto dall'avanti all'indietro e dall'alto al basso quasi perpendicolarmente alla colonna vaginale posteriore.

A quest'ultima obbiezione risponderà pure l'innovazione apportata all'istrumento e che consiste nell'aver ad esso data *la curvatura pelvica* come passo a descrivere.

L'essere le branche *a. b. c.* (vedi figura) rette, apportava tre inconvenienti: il primo si era la minor facilità alla introduzione di esse nel canale cervicale; trovandosi, come dissi, il collo dell'utero diretto dall'avanti all'indietro e quasi perpendicolarmente alla colonna vaginale posteriore, necessitava abbassare assai contro la commessura vaginale posteriore il manico dell'istrumento e premere sulla colonna vaginale stessa onde dare la giusta direzione dal basso all'alto e dal di dietro in avanti alle asticelle *a' b' c'*. Ciò riusciva invero punto difficoltoso per chi ha l'abitudine agli interventi ostetrici, ma riusciva alquanto doloroso per la paziente. Il secondo è che le branche stesse, onde poter ottenere tale introduzione ed abbassare la parte posteriore, dovevano essere alquanto più lunghe di quanto lo richiegga la vagina. Il terzo si era che, essendo pure rette le asticelle *a' b' c'*, ed il canale cervicale offrendo una leggiera concavità in avanti, nei casi in cui il collo non era scomparso la dilatazione riusciva meno uniforme. Si è perciò che, dopo aver rese le asticelle *a' b' c'* rugose perchè non scivolassero, dopo aver suggerito di ricoprirle con un tubetto di gomma allo stesso scopo non solo ma anche perchè, trovandosi i tessuti in contatto di una sostanza elastica, minore fosse la contusione e più difficili le lacerazioni, pensai a dare all'istrumento la *curvatura pelvica.* Le parti articolari *e. f.* nonchè il manubrio *m.* non subiscono modificazioni.



Subito al disopra invece dell'articolazione *e.* le aste *a. b. c.* si incurvano in avanti e cioè nel senso della sbarra *n.* in cui trovasi il quadrante *d.* che segna i gradi di dilatazione. Tale incurvatura si continua fino sulle asticelle in modo da adattarsi con sufficiente precisione alla abituale curvatura in avanti formata dalla vagina e dal canale cervicale.

La branca di mezzo *c.* e quindi l'asticella *c'* la resi alquanto più lunga epperciò più sporgente delle altre due perchè, aprendosi l'istrumento, essa non sfuggisse dal canale cervicale.

In tre casi, in due dei quali trattavasi di primipare con collo non accorciato, usai del dilatatore così modificato ed ebbi a persuadermi come assai più facile ed efficace sia reso il suo uso, ciò che mi auguro venga confermato dall'esperienza dei colleghi.

Ed ora mi si affaccia un' ultima domanda od obbiezione a cui debbo rispondere: se necessità cioè od opportunità eravi ad ideare un nuovo mezzo di dilatazione del collo uterino per la pratica ostetrica.

La risposta *per mio conto* è ovvia come debba essere affermativa se si considera che da 5 anni non solo insisto sull'uso (non sull'abuso) di tale mezzo, ma mi studio ognora di perfezionarlo.

Accennando però ad esso non mi limito a considerare la dilatazione meccanica per sè stessa, ma intendo alludere alla *dilatazione che adempie* a speciali *necessarie condizioni* solo alle quali *unite* è legata l'utilità e la necessità talora di questo intervento.

In ostetricia abbiamo già dinnanzi un recente duplice esempio di superfetazione (mi si passi l'espressione) in fatto di metodi e di denominazione di metodi.

Da anni ed anni, come giustamente ed opportunamente dimostrò il Miranda, in casi di gravi emorragie *post-partum* si usava, direi quasi per istintivo indirizzo, tamponare anche la cavità uterina (sarebbe anzi questo stato un metodo italiano) e sono certo che ognuno dei clinici viventi che ponno essere nostri maestri, volendo potrebbero esporre casi in cui usarono di tale intervento senza aver punto ritenuto necessario di pubblicarli sotto la rubrica dei fatti nuovi; ebbene bastò che oltre Alpe si scrivesse sull' argomento perchè in Italia si dimenticasse sia l'uso preesistente e per nulla nuovo sia anche l'origine italiana di simile pratica e la si chiamasse *tamponamento endouterino alla Dührsenn?*

Da anni ed anni, e dovrebbesi rimontare molto in su per rintracciarne le origini, anche qui dirò per naturale indirizzo, non dilatandosi spontaneamente il collo, nè riuscendosi così a dilatarlo artificialmente, lo si incideva, e bastò pure che oltr' Alpe si scrivesse sull' argomento perchè all' intervento si desse il nome di *incisioni alla Dührsenn!*

Ora è egualmente razionale ed ovvio a ritenersi che la dilatazione

del collo uterino, manuale dapprima e strumentale di poi, dovesse esistere nella pratica ostetrica da tempo ben lontano, che venisse spontaneo anche negli ostetrici dei tempi passati di dilatare artificialmente il collo o quando esso non si dilatava o quando urgeva svuotare l'utero avanti quello fosse sufficientemente dilatabile, e lungamente già scrissi al riguardo in una mia precedente memoria (« Sulla provocazione artificiale del parto e sul parto forzato, ecc. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Dicembre 1892).

Ma esisteva in realtà avanti il 1890 in cui comunicai il mio metodo un mezzo che ottemperasse in modo assoluto a *tutte quattro, nessuna esclusa, le condizioni:*

1.° *di potersi applicare con certezza anche a collo non ancora accorciato e chiuso come può essere in una primipara;*

2.° *di dare sicurezza all'ostetrico di poter ottenere una dilatazione sufficiente per praticare l'estrazione di feto anche a termine ben sviluppato;*

3.° *di dare pure sicurezza all'operatore di ottenere tale dilatazione sufficiente a volontà — assecondo quindi delle indicazioni di maggiore o minore urgenza — in un lasso di tempo più o meno lungo, giungendovi in casi gravissimi anche in 15, 20 minuti primi;*

4.° *di sollevare contrazioni anche in utero affatto inerte?*

Sicuro di non essere contraddetto posso rispondere negativamente, che cioè nessun mezzo esisteva il quale ottemperasse assolutamente e contemporaneamente a tutte tali quattro condizioni, che devonsi ritenere, nello scopo a cui si mira, di necessità.

Dando infatti uno sguardo retrospettivo ai varii mezzi che preesistevano, vediamo che ciascuno di essi non rispondeva all'una od all'altra delle dette condizioni. Incerta per l'esito e pel tempo, tanto più in collo non accorciato e chiuso, la dilatazione manuale.

Incerta, oltrechè nell'esito, specialmente (come vedemmo dai casi clinici riportati e che potrebbero essere d'assai aumentati di numero, e come a tutti deve aver dimostrato l'esperienza), per rapporto al tempo da impiegarsi, i metodi degli ecbolici medicinali (segala cornuta, sabina, ruta, pilocarpina, ipecaquana, ecc.), delle doccie vaginali (Kiwisch), della elettricità, dei bagni caldi, della rottura delle membrane (Hopchin e Meissner), della introduzione di cateteri (Krause), della introduzione di sacchetti del Barnes, di colpeurynter, ecc.

Incerti non solo ma dirò quasi inutili per rapporto ad ottenere una sufficiente dilatazione, tanto più in tempo relativo all' indicazione, i dilatatori metallici tutti, dell'Osiander cioè, del Busch variamente modificato, del Styernaux, del Pajot, del Collin, del Sims, del Müller che offrono i seguenti inconvenienti: 1.° di dilatarsi troppo limitatamente; 2.° di avere una resistenza affatto insufficiente; 3.° di aprirsi ad angolo in modo che le aste scivolano nella cavità uterina fino al punto di articolazione; 4.° di richiedere per dilatarsi anche solo di 4 o 5 cent. di tale una dilatazione delle branche che trovansi in vagina, da esporre con quasi certezza a perforazione le colonne vaginali stesse. A convincersi dei quali inconvenienti basta esaminare anche superficialmente tali istrumenti. Questi debbonsi invero ritenere semplici dilatatori a scopo ginecologico.

Inutile per la sua applicazione a collo non accorciato e non dilatato di almeno 3 cent., il divulsore metallico del Tarnier a 3 branche, ed incerto affatto per rapporto al tempo da impiegarsi, essendo le 3 branche piatte e lunghe, e trovandosi la forza dilatatrice di esso affidata alla semplice elasticità maggiore o minore da anelli di gomma applicati in modo da stringere i 3 manici.

Tali quattro condizioni invece ottenni col mio mezzo, poichè:

1.° il dilatatore che ideai si può introdurre dopo il quarto mese di gravidanza nel canale cervicale, qualunque sieno le condizioni di lunghezza ed ampiezza di esso, rammollito essendo dopo tale epoca di gravidanza già a sufficienza per lasciar passare le 3 asticelle riunite, come numerosissimi esempi dimostrarono;

2.° si ottiene con esse sempre una sufficiente dilatazione giungendo le 3 branche a dilatarsi a limiti superiori anche ad una circonferenza di 11 cent. di diametro, pur calcolando la enorme resistenza delle pareti del collo;

3.° assecondo dell'urgenza dell'indicazione l'operatore a volontà può ottenere sufficiente dilatazione in tempo più o meno lungo, potendo, come si ebbe in alcuni casi, riuscirvi anche in un periodo di 20 minuti primi in primipara con collo lungo, punto accorciato e dilatato avanti l'intervento;

4.° tosto introdotte le asticelle e dilatate alquanto, sia per la presenza di esse quale corpo estraneo, sia per la pressione eccentrica che

viene ad esercitarsi, sollevansi sempre contrazioni uterine gradatamente più energiche man mano che si forza la dilatazione.

Non a torto quindi posso asserire che l'intervento che io nel 1890 esposi e che da lungo vado sperimentando, costituiva *un metodo a sè* che riempiva una lacuna fino allora esistita nella pratica ostetrica.

Si limitino pure le indicazioni nei termini che ciascun ostetrico ritiene più opportuni, ma non si può negare che quando tutti gli altri mezzi esperiti riescono vani, come nei 4 casi riportati, il mio metodo può presentarsi utile perchè certo nell'esito e tale da evitare, se impiegato in tempo, una catastrofe per la madre e pel feto.

Mi auguro che questo sia un semplice inizio, che mezzi nuovi, più perfetti si escogitino per giungere meglio allo scopo, ma la via tracciata e la meta prefissa dovranno ritenersi razionali, e come tali maggior conferma avranno dalla esperienza clinica.

Già il Mauri ideò altro dilatatore; dirò di esso che, a mio modo di vedere, è troppo complicato, essendo composto di 12 pezzi i quali, volendosi ottenere una sufficiente dilatazione, devono successivamente essere introdotti e ritirati a 3 a 3 attraverso il canale vagino-cervicale, innestandoli sullo stesso manico. Ciò priva l'atto operativo di essere semplice, e, necessitandolo, rapido nell'effetto, poichè ad ogni ritirarsi delle branche l'utero tende a ritornare su sè stesso, e, considerato anche quanto occorre per togliere, e innestare e rintrodurre le branche, un tempo preziosissimo, talora pur troppo il decisivo (parto forzato), si perde.

Ma l'esempio fu ottimo, ed in questa occasione ringrazio il Mauri, sperando trovi imitatori (1).

Volendo per maggior chiarezza riassumere quanto sopra esposi, si possono dedurre le seguenti:

CONCLUSIONI.

I. Avanti il 1890, in cui comunicai il mio metodo al Congresso internazionale di medicina a Berlino, la dilatazione meccanica del collo,

---

(1) Il dilatatore mio nuovo modello, del quale presento nella memoria la figura, è costrutto da Marelli, Via Paletta, Milano.

se poteva essere ampiamente e variamente discussa, non poteva efficacemente essere sperimentata nel campo clinico *mancando,* come dimostrammo, *un mezzo* che contemporaneamente e con sicurezza soddisfacesse a *tutte quattro* le sopradette condizioni e cioè:

1.° di potersi applicare con certezza di riuscita anche a collo non ancora accorciato, e tuttora chiuso come può aversi in una primipara;

2.° di dare sicurezza all'ostetrico di poter ottenere una sufficiente dilatazione per praticare l'estrazione di feto anche a termine e ben sviluppato;

3.° di dare pure sicurezza all'operatore di ottenere tale dilatazione sufficiente a volontà — assecondo quindi dell'indicazioni di maggiore o minore urgenza — in un lasso di tempo più o meno lungo, giungendovi in casi gravissimi anche in 15, 20 minuti primi;

4.° di sollevare contrazioni anche in utero affatto inerte.

II. Tali condizioni ottenni col metodo mio e coll'istrumento che all'uopo ideai, e, dall'esperienza mia e dei colleghi fatta in questi 5 anni (la statistica vedemmo raggiunge ora 110 casi con nessuna madre perita per l'operazione e 6 soli feti morti durante l'operazione), credo essere autorizzato a ritenere che pur limitando fin dove e come ogni ostetrico personalmente meglio stima le indicazioni ed il numero degli interventi, è però dimostrata oltrechè l'assoluta utilità della dilatazione meccanica che a tali condizioni adempia, anche, per taluni casi specialmente dell'esercizio a domicilio, la necessità dell'introduzione di essa nella pratica riempiendo una lacuna che nell'ostetricia operativa sotto tali rapporti esisteva. Per il che è da far voti che in base a questo indirizzo altri istrumenti vengano ideati che ognor più perfezionino il metodo.

III. I varii metodi per provocare il parto prematuro finora escogitati, pur meritando in tesi generale la preferenza perchè, almeno alcuni, meno violenti, ponno però talora (come si vide nei casi esposti), essere utilmente ed anche necessariamente sostituiti dalla proposta dilatazione meccanica, quando ci troviamo dinnanzi a casi in cui l'utero offre una speciale resistenza a tali mezzi, non lasciandosi vincere dall'azione di essi replicatamente e per parecchi giorni di seguito impiegata.

Dott. MUZIO PAZZI

STORIA SCIENTIFICO-SOCIALE DELLA LEVATRICE

(Continuazione, vedi pag. 622).

CAPITOLO IV.

**Principali ostacoli al progresso della levatrice.
Mezzi di difesa. — La campagna contro le levatrici abusive.
Nuovi orizzonti.**

Alla rapida progressiva evoluzione della scienza ostetrica non parteciparono le levatrici.

Se in Francia fino dal secolo XVI le levatrici erano soggette ad un regolamento e a leggi, in Italia godevano ampia libertà. Ma dopo il 1870 il governo cominciò ad interessarsi della istruzione della levatrice e dopo il 1875, quando i provvedimenti profilattici contro la febbre puerperale furono riconosciuti necessarii in tutta Europa, la missione della levatrice fu messa sotto la tutela della legge pubblica. Il prof. Madruzza di Perugia ci fa un quadro vero delle condizioni di quei tempi nel seguente fatto di un suo pregiato opuscolo (1):

« Provvedevasi alla istruzione delle levatrici occorrenti con i medici esercenti; per quelli condotti codesta istruzione era un obbligo: e, quando le si ritenevano idonee, queste allieve inviavansi a qualche università per un esame ed il conferimento di un diploma comunque universitario.

« Erano per lo più figlie di arte, nelle quali riusciva men che mediocre lo studio teorico, sempre abbastanza lungo ed esteso l'esperimento pratico, sotto la guida della madre o di altra vecchia levatrice, più o

(1) MADRUZZA. « Gli esami pratici e l'abilitazione ministeriale delle levatrici abusive. » Città di Castello, 1893, Tipografia dello stabilimento S. Lapi.

meno parente, cui la tirocinante associavasi, purchè l'arte e la clientela rimanessero in famiglia.

« Queste ostetricanti erano pressochè illetterate. Poche soltanto si curavano di prendere una patente e si limitavano alle esercenti in città e grosse terre, ove era possibile un po' di concorrenza, ne' villaggi e nelle campagne era di fatti piena libertà di esercizio. Solo diploma, o la eredità professionale o l'arditezza delle esercenti, o il buon senso del pubblico, che rare volte vien meno.

« Tutto, meno la scienza: in suo luogo spropositate pretensioni: talvolta audacissime. Come poteva esservi la prima, nel difetto di vera istruzione ostetrica anche nei medici? Di fatto, le maestre erano le vecchie comari, strumenti di conservazione degli errori popolari, tenacissime nei loro pregiudizii. Quante volte il giovane medico non vedeva da esse una prima assistenza ostetrica? Chi non ricorda le stragi della sepsi puerperale anche e più talvolta nei grandi centri, ove l'ignoranza, quando vi è, è tanto pretenziosa?

« Non attecchì la sostituzione intiera dei medici alle levatrici. Le donne, che, dopo tutto, dovevano decidere, non l'accettarono. Molto meno la scienza, che, appunto nella ignoranza o preterizione delle più minute applicazioni della vera e nuova antisepsi, trovò risiedere la causa delle febbri puerperali. Il medico non prestò e non presterà mai quelle minute ed umili cure.

« Di fronte a così grave e seriissima scoperta non poteva rimanere inerte ed indifferente la legislazione sanitaria. Troppi e troppo frequenti i danni esiziali della febbre puerperale ed infantile, perchè la conservazione, prima proclamata dalla cattedra, non dovesse essere imposta dalle leggi.

« Un primo passo lo fece in questo senso, per l'ostetricia, il Regolamento 10 Febbraio 1876, diretto a disciplinare gli studii delle levatrici. Sembrò alquanto eccessivo sulle prime, ma ben presto i risultati soverchiarono l'aspettativa. »

Questo Regolamento conteneva delle disposizioni transitorie che dovevano essere applicate per tre anni ma che poi sono state riconfermate fino a due anni fa, con le quali si permetteva a levatrici abusive di legalizzare la loro posizione. Con ciò creavasi una posizione falsa alle levatrici patentate, dovendosi esse nell'esercizio pratico mettersi in lotta

con le vecchie esercenti diplomate e con le nuove levatrici abusive legalizzate.

Il prof. Belluzzi della Maternità di Bologna fino dal 1887 scriveva riguardo all'annunziato decreto riguardante le esercenti illegalmente da levatrici (1): « Tale decreto sarebbe pure di danno alle novelle levatrici patentate dopo lungo studio e sacrifizii sostenuti, le quali si vedrebbero preclusa la via ad onesti collocamenti in condotte ostetriche. Non sarebbe utile (sebbene di un utile malinteso) che al bilancio di quei comuni, i quali essendo in flagrante opposizione alla legge *almeno da dieci anni*, per ciò che riguarda il servizio sanitario ostetrico, non avendo provveduto levatrici approvate, vedrebbero di un tratto premiata la loro disobbedienza.

« A provvedere ad un regolare servizio ostetrico basta che i prefetti, quali presidenti dei Consigli provinciali sanitari, in proporzione che vi sono levatrici patentate disponibili, cerchino sieno eliminate dai comuni, invece che un *esame pratico* regolarizzi la loro posizione. »

Secondo lo stesso autore poi l'istruzione delle levatrici in Italia prima del 1860 se era buona in alcune città, era molto difettosa in altre dove mancava una sala per le partorienti, ecc., ecc.

* * *

Un primo ostacolo al progresso della levatrice era dunque il modo come veniva impartita loro l'istruzione. Il secondo la concorrenza che alle levatrici patentate facevano le vecchie levatrici diplomate e le altre che potevano approfittare delle disposizioni sanitarie del regolamento. Terzo ostacolo che la loro istruzione non era superiore alle cognizioni che si acquistano alla terza elementare. Quarto ostacolo che la nuova carriera portava delle spese di arnesi e di studio, e della pena nella pratica per fare i concorsi, senza parlare della lotta con le vecchie esercenti. Quinto ostacolo il progressivo svolgimento della specialità, e il sorgere di nuove branche di studio affini alla medesima. Sesto ostacolo la mancanza di mezzi per continuare la propria coltura dopo patentata.

---

(1) *Giornale per le levatrici*, Milano, 1887, N. 16, pag. 121 e seguenti.

Settimo ostacolo l'ignoranza del pubblico dominata dal pregiudizio e dalle levatrici abusive. Ottavo ostacolo l'esiguità dello stipendio assegnato dai comuni e la preferenza data dai medesimi alle levatrici abusive, meno dispendiose pei loro bilanci finanziari. Nono ostacolo, la indifferenza del governo per questo stato di cose, e l'inosservanza del regolamento. Decimo ostacolo, l'esigenza progressiva dei nuovi medici, che educati al buon andamento degli studi non pensano che le levatrici sono sempre quelle.

Al vecchio regolamento è stato aggiunto, come vedremo, nel 1890 un nuovo regolamento il quale ha aggravato invece che migliorare la posizione della levatrice patentata. Basta ricordare la sospensione dall'esercizio in caso di febbre puerperale, dannosa, moralmente e finanziariamente, ed ingiusta perchè applicata solo alla levatrice e non al medico. Considerando tutto questo dobbiamo convincerci che il gridare la croce addosso alla levatrice non è cosa giusta, perchè manca un regolamento sul quale possano aver fiducia. Nè le levatrici possono mutare se non si mutano i regolamenti.

Non è vero però che esse non abbiano progredito, perchè sorte dal nulla lottano per migliorare la loro esistenza morale e intellettuale seguendo l'esempio dei medici. Prova ne siano gli sforzi che pongono ad effetto per raggiungere il loro ideale.

* * *

Torna opportuno ripetere in questo luogo le parole dette dal professore Cuzzi (1) nella introduzione al suo « Manuale delle levatrici » (3.ª edizione).

« La levatrice non è presso di noi attualmente tenuta in quel conto che l'elevato scopo cui mira la sua professione, si meriterebbe. Di ciò la colpa parte è della moderna società, ma in parte è anche delle levatrici stesse. Noi nutriamo fiducia che in un avvenire non tanto lontano la posizione della levatrice debba notevolmente migliorare. A questo miglioramento si giungerà facilmente, se si darà completa esecuzione alla

(1) Cuzzi. « Manuale di Ostetricia ad uso delle levatrici. » Milano, 1894, F. Vallardi.

disposizione legislativa che rende obbligatorie ai comuni le *condotte di ostetricia minore*. Non devono però le levatrici dimenticare che il miglioramento della loro posizione sta essenzialmente nella loro opera collettiva. Guadagneranno nella stima e nella considerazione del pubblico, se si comporteranno con costumatezza e decoro nella vita privata, e se accorreranno con eguale disinteresse e sollecitudine tanto alla chiamata del ricco, quanto a quella del povero.

« Un certo risveglio per migliorare le condizioni morali e materiali delle levatrici si è osservato in questi ultimi anni in Italia. Si tennero conferenze pubbliche (1), si stamparono guide (2) e libri di lettura (3), e si pubblicarono giornali di ostetricia minore (4). Inoltre le levatrici si costituirono in società e si riunirono anche in congressi. Per parte nostra abbiamo cercato di secondare, come era nostro dovere, questo movimento: il primo giornale per le levatrici comparso in Italia, fu da noi fondato, abbiamo pubblicato una guida per le levatrici ed abbiamo contribuito alla costituzione della prima Società delle levatrici. Se il lavoro fatto per migliorare le condizioni delle levatrici non ha fin'ora dato largo compenso, non bisogna scoraggiarsi. I primi passi sono sempre difficili. Sopratutto le levatrici devono farsi guidare nella loro opera collettiva da persone serie ed autorevoli per posti occupati, per studii fatti e per cariche ufficiali che rivestono. Se chi mettono alla loro testa

---

(1) Comunicazioni fatte al Congresso Medico di Pavia, da componenti la Guardia Ostetrica di Milano. *Morgagni*, Napoli, Milano, 1887-88, L. Vallardi editore.

(2) G. Sangregorio. « Guida pratica di ostetricia ad uso delle levatrici, con speciale riguardo ai recentissimi provvedimenti di legge per l'esercizio pratico delle levatrici. » Milano, 1892, F. Vallardi. — Cuzzi. « Guida della levatrice. » Milano, 1892, F. Vallardi, e « L'igiene delle partorienti ed il nuovo Regolamento per le levatrici. » *Il medico di casa*, Biblioteca popolare, vol. VI, Milano, F. Vallardi. — Dott. Caneva Zanini Giuseppe, Presidente della Società Italiana delle levatrici. « Memoriale per le levatrici. » Milano, Tip. L. Marchi, 1890. — E. Zaramella. « Dizionario tascabile per le levatrici. » Milano, F. Vallardi, 1893.

(3) Cuzzi. « Guida della levatrice. » Milano, 1892, Vallardi, e « L'igiene delle partorienti ed il nuovo Regolamento per le levatrici. » *Il medico di casa*, Biblioteca popolare, vol. VI, Milano, F. Vallardi. — Cioja. « Conferenze e letture per le levatrici. » Tip. Reggiani, Milano. — Cuzzi. « Manuale di Ostetricia ad uso delle levatrici. » Milano, 1894, F. Vallardi. — Barone. « Mannale di Ostetricia per le levatrici. » Napoli, 1894-95. — G. B. Bennecchio. « L'assistenza antisettica in ostetricia. » Padova, 1894.

(4) *Giornale per le levatrici*, Milano, 1887-1894. — *La levatrice moderna*, Napoli, 1891. — La *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia*, Napoli, 1892-94. — *L'Ostetricia*, Pesaro. — *La levatrice condotta*, Roma.

non gode largo ed incontestato credito, difficilmente esse raggiungeranno risultati pratici. »

Lo scrittore di questi aurei concetti era precisamente uno dei più convinti apostoli della causa delle levatrici, e queste, pensando che troppo presto è stato rapito agli studi, alla patria, a loro stesse da implacabile morbo, debbono accettare le soprascritte parole come il testamento della persona più autorevole che si sia di loro interessata. Il prof. Cuzzi è morto come un valoroso soldato sulla breccia del lavoro, sfidando i crudeli e lancinanti dolori del corpo con la fermezza del carattere, con la superiorità della mente.

Il Cuzzi è morto giovane, è vero, ma non senza avere toccato l'alloro delle persone illustri e benemerite della scienza, non senza avere veduto i frutti del proprio seme sparso a beneficio della umanità.

La Guardia ostetrica diurna e notturna, il *Giornale delle levatrici,* la prima Società delle levatrici (Società italiana delle levatrici, che presentemente ha fatto trattative di fusione con la Società lombarda delle levatrici (1), sono stati tanti esempi di virtù incondizionata che furono seguiti in ogni parte d'Italia. La Guardia ostetrica di Milano fu chiamata (2) al 2.° Congresso delle levatrici a Roma *la pietra angolare degli interessi della classe delle levatrici* e, come vedremo, fondò il *Giornale delle levatrici* e inaugurò le *conferenze istruttive* col prof. Cuzzi, il quale « sempre pronto, si sobbarcava al non facile ed oneroso compito » dice il Caneva-Zanini (3) di recente tolto ai vivi esso pure « tenne un completo corso di lezioni ostetriche serali che furono frequentatissime da giovani e da provetti medici della città. »

Il Bossi di Genova trattando in un recente lavoro (4) sulla profilassi ostetrica a domicilio ha fatto queste deduzioni pratiche:

« 1.° Dalle statistiche offerte da Genova oltre che da Milano e da qualche grande centro estero si è condotti a ritenere che l'istituzione

---

(1) *Giornale delle levatrici*, Milano, 1894, p. 120.

(2) *Giornale delle levatrici*, Milano, 1894, p. 44.

(3) Comunicazioni fatte al Congresso medico di Pavia, da componenti la Guardia ostetrica di Milano. *Morgagni*, Napoli-Milano, 1887-88, L. Vallardi, Editore.

(4) L. M. Bossi. « Rendiconto del 3.° anno di funzionamento della Guardia ostetrica di Genova. » *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, Napoli, 1894, N. 4-5.

di Guardie ostetriche permanenti aventi per iscopo il soccorso gratuito a domicilio delle partorienti povere è il miglior mezzo di profilassi contro la febbre puerperale e contro la notevole mortalità dei feti in soprapparto.

« In Genova infatti, dove tale istituzione esiste, l'infezione puerperale miete maggior numero di vittime fra le famiglie dei ricchi ove la Guardia ostetrica non estende la sua azione che non fra le famiglie povere presso le quali il suo soccorso è richiesto.

« 2.° Tale istituzione inoltre rende possibile anche in ambienti i meno proprî ed i più igienicamente e socialmente miseri, atti operativi di urgenza i più grossi, quando assai pericoloso e fatale sarebbe sia lo attendere sia il trasporto della paziente negli istituti di maternità.

« 3.° Le Guardie ostetriche permanenti, senza riuscire di alcun aggravio finanziario nè pei municipi, nè per le provincie, nè per il governo, presentano un materiale di lavoro e quindi di soccorso assai superiore per numero ed entità a quello fornito dagli istituti di maternità.

« È quindi a desiderarsi che nella distribuzione dei servizi sanitari cittadini le istituzioni di beneficenza, i municipi e le provincie devolvano alle Guardie ostetriche ove esistono (istituendole ove non esistono) il servizio ostetrico e ne aiutino l' incremento, essendo provato quanto pericoloso possa riuscire la promiscuità degli altri servizii sanitari col servizio ostetrico, e quindi dell'intervento dello stesso sanitario in date ore di Guardia indifferentemente per casi ostetrici come pei comuni casi medico-chirurgici. »

Il *Giornale delle levatrici* di Milano, per primo nato a Milano nel 1887, è stato il solo generalmente conosciuto in Italia (eccezion fatta dell'*Ostetrico* e della *Levatrice,* giornalini diffusi) per cinque anni finchè nel 1892 fu fondata dal Cucca di Napoli la *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia.* Entrambi questi giornali hanno lo scopo di patrocinare gli interessi delle levatrici.

La prima società delle levatrici fondata a Milano fu la Società italiana delle levatrici, che poi successivamente fu veduta sorgere la Società lombarda, la Società subalpina, la Società ligure, la Società romana, la Società emiliana, la Società fiorentina e finalmente quella di Napoli.

Non solo, ma vedremo ora che le levatrici sono state promotrici di

un primo Congresso a Milano, di un secondo a Roma, ed ora stanno preparando i lavori per il terzo Congresso a Firenze.

La Società di mutuo soccorso per le levatrici di Vienna fondata nel 1887 ora conta 20 mila fiorini di capitale. Altre società in Germania, Francia, ecc. hanno dei fondi superiori ai nostri.

In Italia però si è avuta la felice idea di una federazione generale delle società esistenti; ora le confederate sono già in numero di cinque e nella seduta del 22 Maggio 1893 al tempo del 1.° Congresso nominarono organo ufficiale il *Giornale delle levatrici* di Milano.

Ed al secondo Congresso delle levatrici in Roma la signora Cardone Iesu di Napoli ebbe a fare la seguente proposta (1): « Ciò che a noi può essere efficace è l'unione, l'unione fa la forza; formiamo una società di mutuo soccorso di levatrici italiane. Che ciascuna città abbia la sua sede. Così costituita, la nostra parola avrà valore perchè sarà l'eco di un ente morale di migliaia di levatrici; potremo far valere la giustizia quando questa verrà manomessa da chi vuol fare il suo tornaconto, per interesse privato, ledendo i nostri interessi e l'onestà. »

* * *

Prima di passare in rassegna i lavori dei varii congressi mi piace di aggiungere qualche parola sulla utilità che ne deriverebbe da conferenze popolari che servissero a distruggere i pregiudizii delle famiglie, coi quali si trovano sempre di fronte le levatrici ed i medici. Non sono del parere di insegnare troppo al popolo, ma di volgarizzare quella parte di scienza che è troppo legata con gli interessi materiali, individuali e collettivi delle genti e che trovasi inclusa nei principali problemi dell'igiene.

La Guardia ostetrica di Milano e di Genova, le varie società di levatrici (Milano, Torino, Firenze, ecc.) sparse nel continente hanno presa l'abitudine di dare un corso o varii corsi di conferenze istruttive per le levatrici nella sede di loro elezione; invitando a parlare gli ostetrici

---

(1) *Giornale per le levatrici*, Milano, anno IX, 30 Gennaio 1895, N. 2, p. 11 e seg.

più illustri che noi contiamo. Per nominarne uno, l'antesignano, dirò che recentemente (1) la Società subalpina (Torino) ha avuto l'onore di una conferenza del prof. Tibone. La Società emiliana per proposta mia ha disposto perchè le conferenze siano date almeno in tutti i capo luoghi di provincia.

Il prof. Guzzoni, titolare della cattedra di ostetricia e ginecologia a Cagliari, da parecchi anni, ritornando per le vacanze in Italia, dedica una gran parte del suo tempo a beneficio della istruzione delle levatrici. Egualmente il dott. Roncaglia a Modena. Il dott. Carlo Ferraresi è presidente della Società bolognese fra le levatrici, fatta allo scopo di dare ogni settimana una conferenza istruttiva alle levatrici partendo dal concetto che l'istruzione debba essere pratica e dimostrativa come l'insegnamento elementare. Per persuadersene, prego il lettore di dare una scorsa al riassunto dell'A. « Sull'infezione puerperale » (2) ed alla conferenza sulla diagnosi della levatrice nei vizi pelvici (3) fatta alla sede della Società emiliana fra le levatrici.

Tutto questo va bene e sta bene, ma bisogna istruire anche il popolo e a questo si pensa troppo con libri che o non sono compresi o sono fraintesi e sciupati prima che letti, e ci si pensa poco con conferenze pratiche che potrebbero essere utilissime. Qui a Bologna gli egregi dott. Berti e Masi per invito (nel 1894) della Società operaia hanno fatto qualche conferenza intorno alle cure che si devono avere ai bambini in certe malattie loro proprie.

Ciò che mi ha rallegrato di più sono però le conferenze popolari tenute alle signore maestre ed allieve maestre di Perugia dal prof. Ruata che splendidamente dirige il periodico *La salute pubblica.*

Dio voglia che il suo esempio sia seguito in tutte le parti d'Italia ed i giornali politici prendano a cuore la cosa per sostenerne la necessità e l'utilità in faccia al pubblico. A questo punto torna opportuno riassumere le idee del Ruata in proposito al « diritto sanitario » ossia al diritto di mantenere la salute, che non è esclusivo patrimonio del medico e delle levatrici, ma di tutte le persone di qualunque censo e

---

(1) *Giornale per le levatrici,* Milano, anno IX, 30 Gennaio 1895, N. 2, p. 11 e segg.

(2) *Rassegna medica,* Bologna, 1895, anno III, N. 2, p. 4.

(3) *Rassegna medica,* Bologna, N. 3, 1895, p. 1, 2. 3.

classe (1). *Il diritto sanitario* « forma un mirabile anello di congiunzione tra la legge, la medicina e l'ingegneria, e son persuaso che non dovranno trascorrere molti anni per giungere ad un tempo in cui si sentirà la necessità di rendere obbligatorio per gli studenti di legge e d'ingegneria un corso di anatomia, fisiologia e patologia generale e per gli studenti di medicina e di ingegneria un corso di filosofia del diritto e di economia politica.

« Scienza e diritto, queste due emanazioni della natura umana, si fondono in una sola cosa nel diritto sanitario, per condurre l'uomo su quella via del *gnosce te ipsum,* che quantunque intraveduta fin da' tempi antichi, egli non seppe mai seguire, essendo egli giunto ai nostri giorni senza che abbia saputo definire cosa egli sia e quanto egli valga. L'uomo dei nostri giorni che in nessun caso muore di morte naturale, venendo sempre ucciso prima del tempo dalle malattie, e che perciò non sa ancora a quale età egli potrebbe giungere, non può certamente dire nè che cosa egli sia, nè quanto egli valga.

« Non solamente con la diffusione de' suoi insegnamenti noi avremo nello spazio di pochi anni, un numero di legislatori che saranno in caso di dare all'Italia un vero codice sanitario, *il quale certamente in nulla dovrà rassomigliare a quel brutto aborto, che aborto anche nel nome, si volle chiamare « Legge sulla tutela della igiene e della sanità pubblica »* ma sia per l'azione personale degli stessi legislatori, sia per effetto della legge stessa, le nuove cognizioni saranno in breve tempo così generalmente diffuse, da aversi poco bisogno della applicazione delle disposizioni legislative per ottenere le dovute riforme.

» Io vedo in lontananza albeggiare quel giorno; vedo sorgere in tutta Italia a poco a poco nuove piccole modeste case, ma sane, dove regna la salute, la robustezza, primi fattori del benessere, della ricchezza, della moralità e della felicità delle famiglie, epperciò della nazione; vedo scomparire tutte quelle sozzure che deturpano il nostro bel paese, fonti principali di tutte le nostre malattie; vedo sorgere una nuova Italia abitata da una popolazione forte, robusta, morale e felice, e mi

(1) RUATA. *La salute pubblica,* vol. VII, N. 84, p. 372-373. « Fonti ed estensioni del diritto sanitario. » Prolusione al corso di Diritto sanitario fatta nella R. Università di Perugia il 2 Dicembre 1894.

pare di poter dire che questo sarà un giorno il quale segnerà una nuova civiltà, differente da tutte le civiltà passate, che ci farà considerare questa vita non come una maledizione, e questa terrà non più come una valle di lacrime. A questo mira il diritto sanitario. »

Applicando al caso concreto delle levatrici le induzioni filosofiche espresse dal professore perugino, dobbiamo dire che serve poco siano diffuse fra le levatrici nuove tutte le pratiche che servono a distruggere le condizioni che fomentano il sorgere e lo sviluppo della febbre puerperale, se non si pensa a distruggere le vecchie mammane che non hanno accettato la nuova luce della scienza, se non si dissipa il pregiudizio tradizionale che le medesime hanno seminato nelle generazioni di tanti secoli. La levatrice farà il suo dovere, ma troverà un primo ostacolo ad attuarlo nella sfiducia del pubblico che a loro non crede perchè non ha seguito il progresso della scienza.

Quando il popolo saprà che da sè stesso, applicando le leggi di igiene e di profilassi potrà salvarsi da un gran numero di malattie, cesserà di fare il sorriso malizioso alla levatrice che anche nel parto normale applicasse tutte le regole rigorosamente scientifiche or ora sancite dalla pratica e dall'esperimento.

Chiudo la parentesi che fu già troppo lunga e seguo la disamina di tutte le prove che le levatrici hanno dato in questi ultimi tempi per dimostrare che sentono altamente il diritto di migliorare la loro condizione sociale. Il dott. Schivardi scrive (1): « Il diritto sanitario tende a garantire ad ognuno la purezza di questa grande sua proprietà, e dobbiamo essere grati al prof. Ruata di avere richiamata l'attenzione di tutti sull'importante argomento, iniziando un corso di studi in proposito nella Università di Perugia. »

***

Il prof. Cioia di Milano in una conferenza (2) tenuta alle levatrici nella Guardia ostetrica la sera del 22 Febbraio 1894, trattando per tema

---

(1) Schivardi. Corrispondenza alla *Gazzetta medica di Torino*, 1895, p. 216.

(2) A. Cioia. *Giornale per le levatrici*, anno VIII, N. straordinario, 10 Marzo 1894.

il « Congresso delle levatrici a Roma » riepilogò in poche parole ciò che in antecedenza era stato fatto in pro della classe delle levatrici ed io le riporterò integralmente.

« Bisogna intanto che ricordi come il primo Congresso delle levatrici (che si tenne in Milano nel 1892) fu iniziato per opera delle levatrici Annetta Croci, Angela Morandi, Maria Fretta e dal *Giornale delle levatrici;* bisogna che ricordi come al 1.° Congresso fu fondata per voto unanime la Federazione nazionale tra le diverse Società delle levatrici proposta dalla Società subalpina di Torino, la quale Federazione ha fra i suoi compiti, che sono di interesse supremo, quello di stabilire i Congressi delle levatrici (Art. 2.°, comma *a*) e che vi rammenti come il prof. Bergesio di Torino indicò per primo come sede del 2.° Congresso la città di Roma. »

Dopo tre giorni di ordinata discussione al primo Congresso l'assemblea approvò lo statuto della Federazione ed inoltre prese le seguenti deliberazioni (1):

1.° Il Congresso fa voti perchè il *minimum* degli stipendi delle levatrici comunali sia di L. 700.

2.° Che i comuni i quali non siano in grado di sostenere tale spesa si uniscano in consorzio.

3.° Di costituire a fianco della Federazione una cassa pensione per sopperire alle esigenze della levatrice condotta, sia per vecchiaia o malattia, sia nei conflitti con autorità.

Il dott. Caravaggi, della Guardia ostetrica di Milano, si prefisse al 2.° Congresso di presentare un regolamento che completasse lo statuto già approvato all'unanimità al 1.° Congresso e proporre la fondazione di una *Cassa pensione e previdenza* con lo scopo di promuovere i Congressi delle levatrici, di fondare una giuria delle levatrici, di regolare i rapporti fra le levatrici e i comuni, e di migliorare la coltura delle levatrici.

Il dott. Cucca di Napoli tratta il seguente importante argomento: l'abolizione del corso quindicinale col quale le levatrici abusive sono autorizzate per esame ad assumere il diploma regolare di levatrice.

Per rispetto al modo di provvedere alle levatrici abusive l'A. pro-

---

(1) Vedi *Rassegna di ostetricia e ginecologia,* Napoli, 1892, vol. 1, p. 183.

pose di « esigere che i municipii riconoscano ufficiali solo i certificati di nascita rilasciati dalle levatrici patentate, e che questi debbano essere richiesti per legge in tutte le università del regno. »

La signora Bubani Paolina, ispettrice del sotto-comitato provinciale della Società emiliana delle levatrici, trattando lo stesso argomento ebbe a dire: « Sono fiduciosa ancora che cercherete una buona volta di sradicare dalle menti ottuse l'idea di anteporre l'empirismo della scienza che sopra ogni cosa *come aquila vola.* »

Il dott. Bertazzoli ed i dott. Morgen e Perelli (Roma) sostennero la discussione sugli studi preparatori al corso di ostetricia e sulla istruzione ostetrica da impartirsi alle levatrici, concludendo:

1.° Che l'ammissione delle aspiranti a levatrici sia basata sulla licenza del corso elementare completo.

2.° Che il numero delle allieve inscritte ad ogni scuola ostetrica non debba essere superiore al doppio del numero dei letti esistenti nelle cliniche.

3.° Che sia tolta la concessione riflettente le levatrici abusive.

4.° Che venga proporzionatamente aumentata la tariffa delle retribuzioni sia per le levatrici condotte, che per quelle liberamente esercenti.

Il dott. Morghen oltre ammettere che le aspiranti allieve debbano subire l'esame di quinta elementare, propose che questo esame sia dato in una scuola femminile della città e che nella commissione entri un ostetrico. Inoltre propose che agli attuali due corsi di ostetricia ne sia aggiunto un terzo, di modo che le alunne abbiano campo di studiare l'anatomia, la fisiologia e l'igiene.

La signora Navone, della Società delle levatrici di Torino, pure propose:

1.° Di richiedere come condizione necessaria per essere ammessa una aspirante levatrice la licenza della quinta elementare.

2.° Di stabilire che ai corsi ostetrici le aspiranti non venissero ammesse prima della età di anni 21 e limitata fino agli anni 30.

3.° Di aumentare equamente le tasse scolastiche.

La signora Rossi, della Società lombarda di Milano, propose in riguardo all'opportunità d'istituire un corso superiore di perfezionamento per le levatrici diplomate, il seguente ordine del giorno: « Il secondo Congresso delle levatrici in Roma, considerato che una maggior coltura

scientifica della levatrice, mentre ne migliorerebbe la sua condizione morale e materiale, riuscirebbe di grande beneficio alla umanità, delibera d'insistere presso il Governo: 1.° perchè l'ammissione delle aspiranti allo studio ostetrico, venga preceduta da un corso preparatorio coll'insegnamento dell'anatomia, al quale non vengano ammesse che quelle che hanno superato l'esame delle classi elementari superiori; 2.° perchè vengano istituiti dei corsi facoltativi alle levatrici diplomate per l'insegnamento dei primi elementi di pediatria e ginecologia con assistenza nelle cliniche. »

Prima di riportare l'ordine del giorno votato dall'assemblea, sarà bene dichiarare per debito d'imparzialità che la signora Aspasia Duffatelli, levatrice del Comitato cremonese, dirigente la sezione provinciale per la Società lombarda delle levatrici, fu la prima a proporre al primo Congresso tenuto in Milano il seguente ordine del giorno: « Il Congresso, persuaso che l'attuale grado di coltura generale richiesto per l'aspirante levatrice, non è sufficiente, fa voti perchè l'esame di ammissione al corso ostetrico, sia fatto secondo il programma della 5.ª elementare. »

L'ordine del giorno relativo alla coltura delle levatrici approvato dalla assemblea dopo viva discussione fu il seguente:

1.° Le aspiranti levatrici devono essere munite del certificato di licenza elementare completo, che indichi aver superato l'esame di 5.ª elementare;

2.° Deplorando i cattivi risultati ottenuti dagli esami colle passate commissioni, per motivi che si riferiscono alla poca considerazione concessa finora a chi esercita la professione di levatrice, propone che la commissione di esami che abilita le aspiranti levatrici a cominciare gli studii, contenga nel suo seno un sanitario, allo scopo che vengano meglio apprezzate quelle cognizioni contenute nel programma della 5.ª elementare, riferentisi alla igiene e allo studio del corpo umano;

3.° Agli anni di studio destinati al corso ostetrico dovrà precedere un quadrimestre dedicato alle nozioni generali di anatomia e fisiologia dopo il quale il direttore dell'istituto, presso il quale sono inscritte le aspiranti, potrà in seguito ad esame giudicare definitivamente della idoneità a intraprendere il corso ostetrico.

L'assemblea approvò pure quest'altro ordine del giorno:

a) Il 2.° Congresso delle levatrici italiane, ritenendo giustissime

le aspirazioni contenute nelle proposte della Società ligure, riconoscendo che neanche per i medici esiste finora sanzione ufficiale per gli onorari, fa voti che la tutela del medico, che per parte del Collegio dell'Ordine e per desiderio comune si va istituendo, si estenda al corpo sanitario delle levatrici.

b) Il 2.° Congresso delle levatrici italiane, appoggiando le proposte delle Società di Roma e Firenze, fa voti che sia prescritto dovunque che la denunzia delle nascite venga fatta dalla levatrice che ha assistito il parto, pratica già seguita in molte città del Regno, e ciò a meglio reprimere l'esercizio abusivo.

c) Ministro Crispi: « Levatrici italiane adunate secondo Congresso mandando omaggi illustre Presidente Consiglio ministri, trasmettono voti per definitive disposizioni contro proroghe esami esercenti abusive, osservanza articoli codice sanitario 23, 14, 15. »

d) Prof. Pagliani, direttore sanità pubblica: « Congresso levatrici italiane mandando ossequi, esprime voti definitivo divieto esami esercenti abusive. » (1).

« Al 2.° Congresso delle levatrici, scrive il Bignami in una sua conferenza (2) tenutasi in Roma nel Marzo di quest' anno, dietro proposte di due vostre colleghe di Genova e del prof. Regnoli, che mise in chiaro le condizioni della levatrice condotta, si trattò questo importante argomento. Adesso che la proposta applicazione dell'art. 16 della nuova legge sanitaria anche alle levatrici condotte è fatta, è obbligo vostro come pure sacrosanto dovere risollevarla appo le colleghe, presso i comuni e più che tutto presso questi vostri benefattori che dall'opera loro ritrarranno se non altro la soddisfazione di sapervi qua riunite per questo scopo. »

Ecco l' ordine del giorno del dott. Regnoli approvato per acclamazione: « Le levatrici d' Italia riunite in secondo Congresso, coscienti di quanto male sia regolata la posizione morale e materiale delle levatrici, fanno voti perchè:

1.° Sia tutelato con severe leggi il prestigio morale e sia garantito con severità l'esercizio scientifico.

---

(1) Atti del II Congr. delle levatr., Roma. *Giorn. per le levatrici,* 1894, N. 19, 20, 21, 22, 23, 24, ecc.

(2) Bignami. *Giornale per le levatrici,* 1894, p. 144.

2.° Che nei comuni ove necessitino più levatrici, queste debbano essere tutte diplomate.

3.° Che l'assistenza gratuita nei comuni sia per i soli poveri.

4.° Che, definita la posizione dei medici nei comuni, anche la levatrice condotta venga a godere i vantaggi che da quella legge potranno derivarne.

Dunque anche le levatrici domandino la stabilità dopo tre anni di prova e l'avranno.

Il dott. Bruers per la Società emiliana delle levatrici portò in seno alla assemblea la discussione sulla soppressione della facoltà accordata ad uomini in alcune provincie di usufruire della concessione fatta alle levatrici esercenti abusive.

Certo è una cosa che fa poco onore per un governo civile, ma pure il fatto è che fino a due anni fa questa concessione era data in alcune provincie dell'Emilia.

Da tutto quanto abbiamo raccolto per sommi capi mi pare che le levatrici si siano slanciate proprio in questi tempi in cui si domanda la loro abolizione, con trasporto degno della loro causa, verso l'orizzonte che scopre il miglioramento della condizione loro morale e materiale. Qual controsenso!

Meno male quando l'abolizione delle levatrici si chiedea al principio del secolo decimosesto, quando le levatrici buone erano un pio desiderio!

Ma passiamo oltre.

* * *

Di pari passo con l'interessamento che si sono prese le levatrici è andato l'altro preso dai medici.

Nell'XI Congresso generale della Associazione medica italiana tenuto in Siena nel 1891 (1), nella sezione di ostetricia e ginecologia il dott. Ciaranfi di Firenze propose all'assemblea il seguente ordine del giorno per essere approvato:

« La sezione di ostetricia e ginecologia del XIV Congresso della

(1) « Atti del XIV Congresso generale della Associazione medica italiana tenuto in Siena dal 16 al 20 Agosto 1891. » Vol. unico, pag. 583.

Associazione medica italiana, comprendendo la necessità di efficaci misure profilattiche dettate dalle odierne cognizioni batteriologiche e cliniche, relative ad un razionale ordine di cure da presentarsi nella evoluzione del parto;

« considerando il complesso e pur difettoso ordinamento dell'attuale servizio di assistenza per parte delle levatrici, fa voti perchè il Consiglio superiore di sanità esplichi un ordinamento ostetrico più razionale, informato a tutti i precetti che la igiene e la profilassi oggi impongono. »

Dopo vivace discussione fra il preopinante, il dott. Donzellini, il prof. Guzzoni degli Ancarani, il prof. Falaschi, il prof. Pasquali e il prof. Roncini, si formulò il tema seguente: « Riforma da introdursi nell'organamento delle levatrici » e s'incaricò come relatore al futuro Congresso il prof. Guzzoni.

Il Madruzza, nel 1893, nell'opuscolo già da me citato « Gli esami pratici e l'abilitazione ministeriale delle levatrici » dice: « Ormai dopo 17 anni di tolleranza e tre di attuazione » del nuovo regolamento (1) « che dobbiamo credere efficace, della nuova legge sanitaria, mercè il senno, il sapere e la solerzia della nuova gerarchia igienica-amministrativa, il bisogno di questi provvedimenti eccezionali dovrebbe essere cessato. Per le poche eccezioni permanenti, non può occorrere la conservazione di misure sancite certo con ottime intenzioni ma capaci di ben deplorevoli conseguenze.

« Altrimenti bisogna dar mano ad una riforma dell'ordinamento dello studio dell'ostetricia per le levatrici, riforma che omai s'impone e che viene attuandosi colle patenti di doppio grado, ma con garanzie che ora mancano e che più volte ebbi a proporre che venissero poste ad uno studio, del resto, di non difficile riuscita.

« Un doppio grado di diploma esiste già per i maestri, per i farmacisti: perchè non potrebbe esistere per le levatrici?

« Nel frattanto in questo, come in ogni altro suo ramo di competenza, occorre che pratica e benefica si dimostri l'azione della ufficiale e nuova gerarchia sanitaria, colla dovuta elevatezza e superiorità dei concetti e norme di esercizio delle delicatissime sue funzioni. »

---

(1) Vedi Regolamento approvato nel 1890.

Al 1.° Congresso di ostetricia e ginecologia tenuto in Roma ho fin da principio detto come il Miranda di Napoli sollevasse la questione se il parto deve essere assistito dall' ostetrico o dalla levatrice. Abbiamo pure riferito come una Commissione riferirà l'anno prossimo in proposito. Dobbiamo ora in breve riassumere la discussione che ne avvenne in seno alla Società di ostetricia e ginecologia a Roma, specialmente per parte dei soci Pazzi, Bordé, Acconci, Regnoli, Marocco, Miranda, Guzzoni degli Ancarani, ecc.

Non si fece buon viso in generale alla proposta di soppressione delle levatrici e vediamo che il prof. Pasquali, che per ragioni di salute non potè essere presente alle sedute, s'è ricordato della questione nella prelezione tenuta agli studenti inaugurando l' anno scolastico in corso, ed ha parlato contro.

Non parlò punto di sostituire alle levatrici delle brave infermiere, perchè queste infermiere brave poco per volta diventerebbero levatrici abusive e ci ricondurrebbero alla conquista del regno dell' ignoranza, che ora ci proponiamo di distruggere. Prevalse l'opinione di migliorare le levatrici e il pubblico, di assoggettare le aspiranti allieve e le allieve ad esami più difficili, e di essere generosi nel bocciare.

Guzzoni degli Ancarani propose che la Società emettesse questi voti: 1.° che non si facciano più dei corsi accelerati per le vecchie esercenti l'ostetricia abusivamente; 2.° che per essere ammesse alla scuola di ostetricia le aspiranti debbano avere ottenuta la patente di grado superiore, od almeno sempre la licenza elementare; 3.° che si tengano ogni quattro o cinque anni da competente persona delle conferenze sulla assistenza al parto, alle quali dovrebbero intervenire tutte le levatrici di una data zona. Alla fine della conferenza si farebbe un esame: coloro che non lo superano verrebbero sospese fino a che non si mettessero in grado di superarlo.

Le conferenze fatte dall'oratore a Novara, Cagliari e Reggio Emilia diedero buon risultato. Coglie l'occasione per raccomandare una riforma nelle scuole di ostetricia di Bari, Aquila e Catanzaro, nelle quali non vige il regolamento di ostetricia delle altre scuole del regno, di Novara, Milano e Venezia.

A proposito di esami non è fuori di luogo riassumere cosa se ne pensa fuori d'Italia dello scopo degli *esami postumi delle levatrici* e ve-

dere se potessero invocarsi anche da noi, non foss' altro che per ricrederci degli errori commessi e bocciare ora il numero sterminato di levatrici che avrebbero dovuto essere bocciate fino da principio. Ad estremi mali estremi rimedi.

Io sono persuaso per primo che gli esami postumi rappresentano una violazione ai diritti del diploma di libero esercizio e che limitati alle levatrici e non estesi ai medici, farmacisti, ecc. è una solenne ingiustizia, ma è vero altresì che nessun genere di studi è così elastico ed incompleto come quello per le levatrici; è altresì vero che per nessun'altra professione umanitaria è lecito avere così poca educazione ed istruzione come per le levatrici; che per le condizioni finanziarie del paese le levatrici sono mal retribuite, che quindi hanno appena da vivere collo stipendio che tirano in alcune condotte, e fortuna per loro se hanno un mestiere e pochi figli per tirare innanzi la famiglia. Ne viene di conseguenza che l'edificio scientifico delle levatrici, creato sopra false basi e senza paracadute è destinato a crollare da un momento all'altro. Fate dunque il parallelo fra la scienza che progredisce continuamente e la levatrice che si ferma in generale, dirò, alle cognizioni imparate in due anni di scuola. Dopo dieci anni dalla data di un diploma di libero esercizio concesso in questa condizione di cose, che differenza fate fra le vecchie e le nuove levatrici? Una sola, ed è che queste sono meno sporche di quelle.

Dunque come misura transitoria finchè il riorganamento delle levatrici sia divenuto pel governo un fatto compiuto, mi sembrano gli esami postumi da accettare ed io li accetto, mio malgrado, ma li accetto. Per questo riferisco le seguenti cose che tolgo da una traduzione fatta di un articolo della *Gazzetta tedesca delle levatrici* fino nel 1891 (1). Il traduttore nota prima: « In Germania che è la nazione ove l'igiene è più osservata, oltre ad un regolamento analogo al nostro per le levatrici, oltre all'obbligo per esse di tenere ordinato il registro delle clienti, fu decretato che le levatrici ogni tre anni abbiano a subire un esame per mostrare che sono al corrente delle innovazioni scientifiche e che sono atte ad esercitare senza portar danno alle partorienti.

---

(1) *Giornale per le levatrici*, 30 Luglio 1891, anno V, p. 105.

« Gli esami postumi alle levatrici sono indiscutibilmente assai più importanti di quello che generalmente loro venga concesso. Le levatrici stesse non vi scorgono fino ad oggi che una inutile vessazione. Ma questi esami postumi sono dessi forse una vessazione od una istituzione arbitraria da parte del Governo per rendersi grato verso i signori esaminatori? Nulla di tutto questo.

« Anzitutto la professione di levatrice è tale da porre in pericolo immediatamente la vita dell'uomo dietro minime negligenze. E non sarebbe egli vero che una levatrice poco coscienziosa possa portare a serio repentaglio la salute e la vita stessa di tante madri ed infanti? Ma certo che questo è così e nessuno vorrà negarlo. Adunque gli è un dovere dello Stato il sorvegliare le levatrici affinchè le persone soggette alle loro cure siano veramente ben tutelate.

« Da questo risulta già per sè che gli esami postumi alle levatrici hanno una utilità ed indicazione pubblica, cioè di mantenere in modo congruo una sorveglianza sopra le levatrici. Lo Stato ha l'obbligo di esercitare tale sorveglianza e ne incarica i medici provinciali. Per quanto più coscienziosamente gli esami postumi verranno dati, per quanto più meritorio si renderà il Governo presso le popolazioni. E le levatrici quali donne tedesche e madri di famiglia siano convinte per le prime della necessità ed utilità di questi esami. Una levatrice poi che non sa scorgere in questi esami altro che un inutile aggravio, non si potrà ritenere quale persona anche per poco intelligente: dessa deve aver pensato ben poco ancora alla portata e responsabilità della sua professione; essa non fu mai inspirata dal vero spirito di levatrice.....

« E l'esperienza insegna che le nozioni di tutte le scienze, dopo l'abbandono degli istituti e coll'andare del tempo, in gran parte vanno perdute.

« Oltre agli esami postumi le levatrici avranno ancora l'obbligo di presentare i proprii istrumenti professionali. I signori medici provinciali ne esamineranno la nettezza e servibilità. »

Io, ripeto, mi sento inclinato agli esami postumi delle levatrici come misura eccezionale del momento, per abbattere l'ignoranza che esiste ancora in molte levatrici, ma confesso che non l'accetterei come misura assoluta e persistente senza offendere i miei principii di libertà professionale.

Mi sembra che gli esami postumi stieno sempre a dichiarare una certa incertezza ed inefficacia nei regolamenti scolastici, una diffidenza nella coscienza della levatrice, una mal sicurezza negli effetti del buon insegnamento, un difetto insomma di organizzazione nelle levatrici stesse.

Una volta che la professione sia innalzata all' altezza del prestigio che godono i medici, i farmacisti ed i veterinari, mi sembra che gli esami postumi diventino nè più nè meno che un' arma pericolosa che può colpire le levatrici in dati momenti non per scopo di giustizia, ma per soddisfazione di rancori personali o per altro di peggio.

Se rialzate il senso morale delle levatrici, se fate conoscere alle medesime l'importanza della loro professione, se inspirate a loro la nobiltà dei propositi, non dovete più temere che essa venga a mancare del proprio dovere.

Questo è ciò che ne penso io degli esami postumi. Non posso finire questi appunti senza citare i lavori del Malaspina (1), del Luciani (2), del Vitanza (3), del Sangregorio (4), del Cuzzi (5), del Caneva (6), del Maisch (7) e di altri che sfuggono alle mie indagini, i quali, come in parte vedremo ancora, si sono occupati con coscienza della questione della levatrice.

(Continua).

---

(1) *Giornale delle levatrici*, 1890, N. 8, 14.

(2) *Giornale delle levatrici*, 1890, p. 132.

(3) R. VITANZA. « L'antisepsi e le levatrici ed apprezzamenti sul regolamento sanitario. » Palermo, 1891.

(4) SANGREGORIO, loco citato.

(5) Loco citato

(6) Loco citato.

(7) MAISCH. « Das Kindettfieber und die Hebbamen-frage. » Neuwied-Heuser, 1893.

Prof. Dott. GIOVANNI CALDERINI

L'ultimo mio rendiconto del R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Parma

BIENNIO 1892-93 1893-94

Il presente breve rendiconto completa la serie dei rendiconti da me stati pubblicati durante il tempo nel quale fui direttore dell'Istituto Ostetrico di Parma, annesso alla Maternità, diventato pure ginecologico dal 1880 in avanti per iniziativa mia e per condiscendenza della Amministrazione degli Ospizi Civili e in omaggio al Regolamento organico per gli istituti scientifico-pratici delle Facoltà mediche (25 Settembre 1881).

Il penultimo rendiconto è relativo al triennio 1889-92 e fu pubblicato nella *Gazzetta Medica di Torino,* N. 40, 41, 46, dell'anno 1893; nello stesso giornale, negli anni 1879, 1885 (N. 19, 20), furono pubblicati, in tutto o in parte, i rendiconti 2.° e 3.°; il 4.° fu pubblicato nell'*Ateneo Medico Parmense,* anno III, nel 1889; il 1.° fu pubblicato a Parma nel 1877 dalla Società Operai tipografi. Il rendiconto antecedente a questo conteneva cifre relative al 1.° ventennio 1872-1892. Il rendiconto presente si riferisce ai soli 2 anni 1892-93 e 1893-94 e si chiude coll'epoca nella quale passai alla direzione della Clinica ostetrica della Università di Bologna.

Comparto ostetrico.

Incinte, Partorienti, Puerpere e Neonati.

Le *incinte* presenti nel principio dell'anno 1892-93 e quelle entrate durante l'anno medesimo raggiunsero la cifra di 146, e nell'anno 1893-94 salirono alla somma straordinaria di 186, perchè i signori medici invia-

rono sempre maggior numero di incinte ammalate, aumentando così e rendendo più interessante il materiale clinico che nei primi anni era deficiente e quasi solo fisiologico.

Su tale numero, nel 1.° anno, partorirono 141 e cinque uscirono incinte o rimasero tali nell'Istituto; nel 2.° partorirono 168 e uscirono o rimasero giacenti incinte 18. Il numero totale dei parti nel biennio fu 309.

I parti semplici nel primo anno furono 138 e 163 nel secondo, in totale 301. I gemellari 3 nel primo anno, 5 nel secondo: in totale 8.

Neonati.

Nel primo anno nacquero vivi 125 bambini, e 144 nel secondo anno, in totale 269.

Nacquero morti, per essere premorti al travaglio, 8 nel primo anno, 16 nel secondo, in tutto 24. Morirono in travaglio rispettivamente 9 e 11 bambini, in tutto 20, più 4 feti abortivi, due per anno.

Le cause di morte dei primi 9 furono le seguenti: 1.° procidenza del cordone; forcipe nello scavo; 2.° forcipe sulla faccia nello scavo; 3.° eclampsia materna; 4.° craniotomia in seguito a tentativi di forcipe a domicilio; 5.° idrocefalia e gola lupina; 6.° parto prematuro provocato (C. V. 76 mm.); 7.° craniotomia su feto morto per lungo travaglio a domicilio; 8.° procidenza del cordone; 9.° eclampsia materna, la donna fu portata in Clinica in coma, il feto era già morto.

Le cause di morte nel secondo anno furono le seguenti: 1.° forcipe, versione, uncino acuto a domicilio, C. V. 76 mm.; 2.° placenta previa; 3.° cardiopatia materna, lungo travaglio; 4.° stenosi pelvica, feto morto già quando la donna fu portata in Clinica, craniotomia; 5.° placenta previa; 6.° presentazione podalica, la donna partorì in vettura davanti alla porta dell'Istituto; 7.° stenosi pelvica ed eclampsia materna, feto già morto quando la donna entrò; 8.° placenta previa; 9.° non indicata la causa; 10.° stenosi pelvica e procidenza del cordone, feto già morto quando la donna entrò; 11.° bronco-polmonite materna, asfissia.

Mortalità materna.

Nel primo anno morirono 3 donne, e 4 nel secondo. Totale 7 sopra 309 partorienti.

Le 3 prime donne morirono per le seguenti ragioni: 1.° eclampsia in donna nella quale per nefrite si provocò il parto prematuro (accesso unico), edema polmonare; alla autopsia si trovò nefrite parenchimatosa e degenerazione grassa del miocardio; 2.° nefrite bilaterale cronica, edema polmonare e cerebrale; 3.° eclampsia, la donna fu portata in coma, moribonda, spirò appena estratto il feto dai genitali esterni.

Le 4 donne morte nel secondo anno soccombettero per le cause seguenti: 1.° morta appena entrata in Clinica per perforazione dell' utero fatta dall'uncino acuto usato a domicilio, dopo tentativi di applicazioni di forcipe e rivolgimento, C. V. 76 mm.; 2.° placenta previa marginale, putrefazione del feto, grave anemia, portata in Clinica in questo stato e con incoata saproemia (T. 39° C.); 3.° collasso per vizio cardiaco, avvenuto due ore dopo il parto; 4.° anemia perniciosa progressiva.

Operazioni ostetriche.

Le operazioni ostetriche furono 40 nel primo anno e 47 nel secondo, in totale 87. In maggior numero furono le applicazioni di forcipe nello stretto inferiore, i parti prematuri artificialmente provocati, le applicazioni di forcipe nello scavo, le estrazioni podaliche, i secondamenti artificiali, le craniotomie e cranioclastie.

Nel primo anno furono praticati 4 tagli cesarei, 3 alla Porro, 1 alla Sänger, e nel secondo fu praticata una sinfisiotomia, la prima che è stata fatta in Parma, e un taglio cesareo Sänger; tutto con esito favorevole (Vedi tav. I).

Patologia della gravidanza.

Accennai in principio all' entrata nell' Istituto di maggior numero di incinte e di partorienti in condizioni morbose; le prime per lo innanzi erano inviate di preferenza all'ospedale. Già nel rendiconto delle cause di morte dei neonati durante il travaglio e delle cause di morte delle donne, appare al lettore quanto spetti di mortalità alle donne venute di fuori.

Più avanti dò, in due specchi separati, conto della patologia della gravidanza in relazione all' andamento del parto e all' esito per il feto e per la madre (V. tav. II e III).

Comparto ginecologico.

Il materiale che ebbi a disposizione nel biennio per istruire i giovani nelle diagnosi e nelle cure ginecologiche, risulta dai quattro specchi IV, V, VI, VIII, distinti per i due anni; due dei quali indicano le diagnosi fatte e il numero delle malate curate e gli altri due il numero delle operazioni eseguite.

Così in totale si ebbero in cura nel primo anno 175 ammalate, nel secondo 181. Nel primo anno furono praticate 112 operazioni comprese 26 laparotomie; vi furono due decessi, in seguito ad operazioni per *vaginam,* uno per collasso, uno per peritonite, e tre decessi in seguito a laparotomie causate da peritonite; in un caso per un cancro dell' ovaio.

Nel secondo anno furono eseguite 95 operazioni: 74 per *vaginam,* 21 per laparotomia, con nessun decesso tra le prime, con 3 decessi tra le seconde, 1 per strozzamento intestinale in seguito a miomectomia, 2 per peritonite in seguito a isterectomia totale, e a ovaro-salpingectomia.

Ambulatorio.

Il movimento dell'Ambulatorio (gratuito), è indicato nelle tavole VIII e IX.

Servizio ostetrico operativo a domicilio.

1892-93.

Le indicazioni delle operazioni e le operazioni risultano dalla enumerazione seguente: inerzia e stenosi pelvica (forcipe nello scavo) 2; inerzia secondaria 3 (forcipe nello scavo 1, e stretto inferiore 2); inerzia, stenosi pelvica e procidenza del cordone, feto morto (forcipe nello scavo); ritenzione di placenta 3 (secondamento artificiale 3); aborto (tamponamento, estrazione digitale); difficile secondamento (spremitura); aborto incompleto 4 (estrazione digitale degli annessi 4); parto lan-

guido 2 (forcipe nello scavo 2); emorragia da placenta previa (versione bipolare); primipara attempata (forcipe nello scavo); eclampsia in puerperio 2 (narcosi 2); aderenze della placenta (secondamento artificiale); stenosi pelvica 3 (forcipe nello stretto superiore 3); resistenza perineale 3 (forcipe nello stretto inferiore 3); lacerazione perineale (cucitura); presentazione di spalla del 2.° feto (rivolgimento); feto voluminoso 2 (forcipe nello scavo 2); presentazione di fronte (forcipe); difetto di rotazione della testa posteriore al tronco (rotazione manuale); placenta previa e presentazione di spalla (rivolgimento ed estrazione); gravidanza composta, nefrite, anemia grave (puntura delle membrane); nefrite, eclampsia (puntura delle membrane); stenosi pelvica per osteomalacia (forcipe allo stretto superiore); grave anemia conseguente a placenta previa (ipodermoclisi al cloruro di sodio); bacino piatto (forcipe nello scavo); feto voluminoso e vizio pelvico (forcipe nello stretto superiore); ritenzione di corion (estrazione manuale e irrigazioni endouterine).

Morì per infezione la primipara di 40 anni operata di forcipe, e di collasso la gemellante con nefrite, anasarca e grave anemia; 2 su 40.

1893-94.

Inerzia uterina 2 (forcipe nello stretto inferiore 2); parto languido (aspettazione del parto normale): procidenza del cordone (forcipe nello scavo); aborto (tamponamento); feto morto (forcipe nello stretto inferiore); vizio pelvico (proposta craniotomia, eseguita in Clinica); epitelioma dell'utero, emorragia (tamponamento); ritenzione di corion (estrazione digitale); procidenza di un piede accanto alla testa (manovra della Sigmundin); eclampsia (cloralio); ritenzione degli annessi (spremitura tre ore dopo all'espulsione del feto); ritenzione degli annessi (estrazione e irrigazione endo-uterina); ritenzione annessi (spremitura); resistenza del perineo 2 (forcipe nello stretto inferiore 2); parto gemello, 2.° feto trasversale (versione podalica con manovre esterne); eclampsia (narcosi e portata in Clinica); feto grosso e stenosi pelvica (isterostomatotomia, forcipe, craniotomia); ritenzione di placenta in seguito di aborto per 15 giorni e mantenutasi fresca (spremitura e irrigazioni endouterine).

Sopra 21, un decesso per eclampsia. Nei primi quattro anni della attuazione di questo servizio, gratuito per i poveri, si ebbero 69 chia-

mate, nel biennio di cui qui si discorre 61; in totale 130. Il servizio fu prestato nel biennio dai signori dott. Pozzoli, Marzorati, Patellani, e da me.

Insegnamento e mezzi relativi.

Nell'estate 1893 sostennero con promozione l'esame di ostetricia 29 studenti del 5.° corso e 2 nell'autunno; totale 31.

Nella stessa epoca, con promozione nell'estate, 25 allieve del 2.° corso e 24 del 1.°, 5 delle quali non promosse; si ripresentarono in autunno e ottennero la promozione.

Nell'estate 1894 sostennero l'esame di ostetricia con promozione 27 studenti e 1 nell'autunno, in totale 38.

Nell'Aprile 1894 sostennero l'esame con promozione 2 allieve interne, e in Giugno 22 allieve esterne; tutte del 2.° corso, in totale 24. Nello stesso mese di Giugno sostennero l'esame 23 allieve del 1.° corso, 5 delle quali non ottennero promozione; furono promosse in autunno. Così nell'anno 1892-93 ricevettero istruzione tra studenti e allieve 80 persone e, nell'anno 1893-94, 75 persone, tutte computate nell'elenco universitario come studenti.

Gli studenti ebbero tre lezioni teoriche e tre lezioni cliniche per settimana; altrettante lezioni separatamente ebbero le allieve, il corso teorico a queste ultime fu impartito dall'aiuto dott. Pozzoli.

L'insegnamento clinico di ginecologia fu dato promiscuamente a quello di ostetricia; alle operazioni gli studenti presenziarono per turno. Gli studenti per assistenza ai parti continuarono ad avere l'internato con tre letti in un camerone. L'internato per le allieve domandato nel 1894 non fu dalla amministrazione concesso; fu dalla medesima concesso invece un ampio locale in aggiunta a quelli della Maternità, e appartenente all'Ospizio Esposti, per allargare la accettazione di malattie di competenza della ginecologia e delle incinte ammalate; fu rifatto il pavimento alla camera da laparotomie e fornito la camera attigua di mezzi di sterilizzazione dell'acqua; in conveniente luogo fu posta la sterilizzatrice a secco, che giaceva inservibile per mancanza di sufficiente getto di gas da parecchi anni.

Fu provveduto per ragione di igiene in seguito a sollecitazioni, che

datavano da anni, l'acqua di fonte presa dal vicino Ospizio delle Esposte, e furono iniziate le pratiche per mutare l'ufficio di coadiutrice del comparto Esposti in modo più adatto alla natura ed all'importanza del servizio. Fu anche provveduto ad alcuni miglioramenti nell'alloggio del Direttore medico. Molti progetti, tutti attuabili poco per volta e atti a migliorare sempre più lo stabilimento, cresciuto nell'ultimo decennio giustamente in buon nome, aspettano la loro esecuzione in avvenire e tra gli altri i mezzi di bucato disinfettante e di sterilizzazione delle biancherie e dei panni.

Coll'appoggio del collega prof. Tenchini, allora consigliere municipale, stava per attuarsi il progetto di servizio municipale ostetrico gratuito, da legarsi col servizio ostetrico gratuito operativo a domicilio, già da anni da me impiantato con buoni risultati nell'Istituto.

Nel biennio mi coadiuvarono nell'opera mia l'aiuto dott. Pozzoli Bettino e nel 1.° anno il medico assistente dott. Marzorati Uberto, nel 2.° il dott. Patellani Serafino e gli allievi interni Rodi Giovanni e Cavezzali Umberto. Nel 1.° anno fu maestra levatrice la signora Rimondi Celeste passata poi all'Istituto ostetrico di Firenze, e nel 2.° anno la signora Murer Irene già maestra a Padova. Al posto di levatrice assistente stettero nel 1.° anno la Irma Pasetti, nel 2.° la Bolzi Angiolina.

Lavoro scientifico.

L'allievo Rodi Giovanni presentò l'importante tesi sugli infarti bianchi della placenta, e l'allievo Cavezzali una serie di disegni copiati da sezioni di cadaveri di puerpere congelati per lo studio della topografia degli organi genitali.

Il personale sanitario dell'Istituto prese parte attiva nel Congresso medico internazionale di Roma. Il dott. Pozzoli pubblicò un lavoro sopra un caso di taglio cesareo.

Lo scrivente pubblicò un lavoro sopra un metodo di spaccatura del collo dell'utero e sopra istrumenti ed apparecchi ostetrici e ginecologici (*Boll. p. le scienze mediche* di Bologna, serie VII, vol. IV), un lavoro su 148 laparotomie eseguite nell'Istituto (*Annali di Ostetricia e Ginecologia,* 1893). Un rendiconto del triennio 1889-92 dell'Istituto ostetrico e ginecologico di Parma con accenno al ventennio 1872-92 (*Gazzetta me-*

dica di Torino, 1893); due casi di utero bicorne (*Policlinico,* 1894) « Beitr. zur diagnose und Therapie des Uterus Krebses » (*Berl. Klin. Woch.,* 1894); e un lavoro sui fanciulli alpinisti per un'opera di beneficenza destinata agli italiani in Trieste.

Il mio primo rendiconto relativo all' Istituto ostetrico di Parma si apriva colle dovute lodi al prof. Chiara, iniziatore della fusione della Clinica colla Maternità, sorgente di tutti i miglioramenti avvenire, dovuti in gran parte all' appoggio dato a lui ed a me dalla amministrazione degli Ospizi Civili.

Nel chiudere l'ultimo rendiconto rivolgo ancora riconoscente il mio pensiero all' infelice collega, inviandogli sinceri auguri di guarigione, e ripeto i ringraziamenti più volte fatti pubblicamente alla amministrazione degli Ospizi Civili e specialmente al venerando dott. commend. Asperti prima e per molti anni conservatore dell'Ospizio, e in seguito Presidente dell'amministrazione, e alle autorità municipale e provinciale per l' assistenza prestatami nelle mie domande.

Ai medici, alle levatrici, agli impiegati che mi coadiuvarono nei miei uffici di sanitario, di insegnante, di direttore, esprimo la mia riconoscenza.

Alle autorità scolastiche e ai colleghi, che favorirono il progresso della mia carriera e seguirono con affetto tutti gli sforzi da me fatti per gareggiare con loro nell' adempimento dei miei doveri di insegnante, resti così buona memoria di me come io la conservo vivissima e affettuosissima per loro.

All' intima coscienza delle persone da me state curate, e degli studenti, e delle allieve da me stati istruiti, fidente confido l'opera mia di oltre un ventennio per imparziale giudizio.

Operazioni ostetriche.

TAVOLA I.

Operazioni	1892-93	1893-94	Totale
Espletamento di aborto	1	1	2
Riduzione manuale del cordone	1	–	1
Parto prematuro provocato	7	4	11
Versione per manovre esterne (cefalica sul 2.° feto gemellare)	1	—	1
Versione per manovre miste sul 2.° feto gemellare	1	—	1
Rivolgimento classico	1	2 st. pelvica pl. previa	3
Estrazione podalica	4	5	9
Rotazione manuale del mento in avanti	1	—	1
Manovra Sigmundin	—	1	1
Forcipe allo stretto superiore	1	5	6
Forcipe nello scavo	5	5	10
Forcipe nello stretto inferiore	6	9	15
Forcipe sulla faccia	1	—	1
Taglio cesareo Saenger	1	1	2
Taglio cesareo Porro	3	—	3
Craniotomia e cranioclastia	2	4	6
Cefalotrissia Lollini	—	1	1
Secondamento parzialmente artificiale	3	5	8
Episiotomia	1	2	3
Raschiamento post-abortivo	—	1	1
Sinfisiotomia	—	1	1
	40	47	87

Patologia della gravidanza.

TAVOLA II. — 1892-93.

Nome della malattia	Num. dei casi	Parto	Esito pel feto	Esito per la madre
Nefrite, idroemia, anemia in gravidanza .	8	1.° p.° pr.° pr.°	vivo	guarigione
		2.° » »	»	»
		3.° a termine	»	»
		4.° »	»	»
		5.° »	morto macerato	»
		6.° p.° pr.° sp.°	» »	»
		7.° » pr.°	vivo	»
		8.° » sp.°	morto macerato	»
Eclampsia in travaglio	3	1.° a termine	morto in trav.	morte
		2.° »	vivo	»
		3.° »	morto	m. (subito dopo l'ingr. in clin.)
Tubercolosi polmonare	1	a termine	vivo	esce in discrete condizioni
Scrofolosi in gravid. .	1	parto pr.° sp.°	morto macerato	idem
Malaria	3	1.° p.° pr.° sp.°	vivo	»
		2.° » »	morto macerato	»
		3.° —	—	esce incinta
Pleurite in gravid. . .	1	parto pr.° sp.°	vivo	guarigione
Sifilide in gravid. . .	3	1.° aborto	morto macerato	esce migliorata
		2.° »	» »	» »
		3.° p.° pr.° sp.°	» »	» »
Insufficenza mitrale .	2	1.° p.° pr.° pr.°	vivo	» »
		2.° —	—	esce incinta
Convulsioni isteriche .	3	1.° a termine	vivo	esce guarita
		2.° —	—	esce incinta
		3.° a termine	vivo	esce guarita
Metrorragie nei primi mesi	1	aborto nel 4.° m.	morto dopo poche respiraz.	guarigione
Metrorragie negli ultimi 3 mesi	1	a termine	vivo	»
Vomito ostinato . . .	1	—	—	esce inc. miglior.
Idramnios acuto . . .	1	parto pr.° pr.°	m. idrocefalico	guarigione
Placenta previa later..	1	a termine	vivo	»
Osteomalacia.	1	taglio ces. Porro	»	»

Patologia della gravidanza.

TAVOLA III. — 1893-94.

Nome della malattia	Num. dei casi	Parto	Esito pel feto	Esito per la madre
Sventramento di cic.e laparotomica con escara e piaga . . .	1	a termine	vivo	guar. della piaga prima del parto
Idramnios	2	1.° p.° pr.° sp.°	anenc., † subito	guarita
		2.° » »	idem	»
Sifilide in gravidanza .	2	1.° » »	app. sano	migliorata
		2.° a term., sec.° artificiale	» »	»
Placenta previa laterale	1	p.° pr.° sp.° punt. delle membr.	asfitt. non rianimato	guarita
Grav. gemell. e nefrite	1	parto pr.° sp.°	feti vivi	guarigione
Cardiopatie	4	1.° p.° pr.° sp.°	feto vivo	morto due ore dopo il parto
		2.° » »	vivo sano	esce migliorata
		3.° » »	morto macerato	» »
		4.° a termine	vivo	migliorata
Bronchite tuberc. Corea	1	parto pr.° sp.°	»	guarita
Broncopolmonite . . .	1	a term. col forc.	morto in trav.	»
Metrorragie in gravid. da causa ignota . .	1	parto pr.° sp.°	morto macerato	»
Placenta previa marg.	3	1.° p.° pr.° pr.° tamp., puntura membrane	asfitt. non rianimato	»
		2.° p.° pr.° sp.° punt. membr.	morto macerato	»
		3.° parto spont. rivolgimento	morto in trav.	morta per sepsi e saproemia
Stenosi pelvica grave, indicante t.° cesareo.	1	aborto spontan.	campò 10' min.	guarita
Nefrite, eclampsia . .	5	1.° a term. col forc.	vivo	»
		2.° » »	»	»
		3.° p.° pr.° sp.°	morto subito	»
		4.° a termine	asfitt. non rian.	»
		5.° » sp.°	vivo	»
Paralisi isterica . . .	1	parto pr.° sp.°	»	statu quo
Oligoemia grave senza albumina	1	» »	morto macerato	migliorata
Pleur. con versamento, stenosi pelvica (1.° parto craniotomia) .	1	parto pr.° pr.° estraz. podal.	vivo	guarita
Anemia pernic. progr.	1	parto pr.° sp.°	morto macerato	morta
Nefrite grav., anasarca.	2	1.° p.° pr.° pr.°	vivo	guarita
		2.° a termine	»	»
Mioma sottoperitoneale mobile	1	parto pr.° sp.°	»	il mioma è impiccolito e si è reso fisso
Gravid. gemell., nefrite	1	parto pr.° sp.°	»	guarita

Comparto ginecologico.

TAVOLA IV. — 1892-93.

Malattie	Casi
Catarro vescicale	1
Cistite purulenta	3
Calcolosi vescicale e lacerazione perineale	1
Cancro vulvare	1
Fistola vescico-uretro-vaginale	1
Fistola vescico-uterina	1
Lacerazione perineale	3
Vaginite granulosa	1
Prolasso delle pareti vaginali e lacerazione perineale	1
Prolasso di primo e secondo grado dell'utero	5
Prolasso completo dell' utero	6
Metrite cervicale	6
Epitelioma cervicale	12
Lacerazione del collo	1
Stenosi dell'orificio esterno	11
Retroflessione dell' utero riducibile	3
» » aderente	2
Sub-involuzione uterina	1
Utero infantile	1
Aborto in corso. Saproemia	3
Secondamento incompleto	1
Ematometra nel corno destro di utero bicorne	1
Endometrite post-abortiva	3
» emorragica	24
» catarrale	4
Metrite parenchimatosa	4
Miomi interstiziali del corpo	3
Riportasi	104

Malattie	Casi
Riporto	104
Miomi sottomucosi del corpo	5
» multipli	1
» a sviluppo intraligamentoso	1
Adenoma dell'utero	1
Epitelioma del corpo	1
Essudati parametrali	8
Parametrite puerperale	4
Parametrite e lacerazione di terzo grado »	1
Ematocele retrouterino	1
Gravidanza extra-uterina	1
Sarcoma retro-vaginale	1
Tumore solido del legamento largo di destra	2
Cisti del legamento largo	3
Ovaro-salpingite unilaterale	2
» bilaterale	9
Ovarite periovarite bilaterale	3
Cisti ovarica sinistra	8
Cancro ovaia inoperabile	2
Cisti dermoide dell'ovaia	4
Tumore desmoide extra-peritoneale	1
Convulsioni isteriche. Degeneraz. dell'ovaia	2
Idrope ascite	1
Peritonite tubercolare	1
Sarcoma dell'omento	1
Rene mobile	1
Donne sane accompagnanti persone ammalate	6
Totale	175

Operazioni ginecologiche — 1892-93.

TAVOLA V.

Per vaginam	Casi
Dilatazione del canal cervicale e raschiamento della cavità uterina	28
Operazioni di fistola urinaria	4
Demolizione di cancro della vulva	1
Amputazione del collo (porz. sottovaginale)	2
Discissione antero posteriore del collo	11
Secondamento completato	1
Estrazione di calcoli vescicali e colpo-perineo-plastica	1
Colperineorrafia	14
Raschiamento della cavità uterina per aborto in corso	2
Estrazione digitale di residui ovolari	1
Demolizione di masse epitelioma-tose del collo	8
Enucleazione di mioma sottomu coso del corpo	5
Svuotamento di ematometra	1
Isterectomia totale	4
Totale	83

Decessi 2.

Cause di morte:

a) Collasso per isterectomia.
b) Peritonite conseguente a colporaffia.

Mortalità 2.40 %.

Per via addominale	Casi
Ovariectomia per tumore solido dell'ovaio	1
Ovariectomia per cisti dermoide	1
Ovariotomia sempl. e bilaterale	1
Castrazione per isterismo	1
Ovaro-salpingectomia unilaterale	1
» » bilaterale	2
Esportazione di tumori intraligamentosi	3
Taglio cesareo Porro	3
» » Saenger	1
Gravidanza extrauterina. Ematocele retroperitoneale	1
Miomectomia (trattamento intraperitoneale)	2
Isterectomia totale addominale	1
Laparotomia esplorativa	3
Totale	26
Enucleazione di tumore desmoide	1
Paracentesi	2
	3

Morti 3 su 26 laparotomie.

Cause di morte:

a) Miomi multipli a sviluppo intraligamentoso. Collasso.
b) Carcinoma dell'ovaia (peritonite).
c) Isterectomia Martin (peritonite).

Mortalità 11.05 %.

In tutto 5 morti su 112 operazioni. — Mortalità 4.46 %.

Comparto ginecologico.

TAVOLA VI. — 1893-94.

Malattie	Casi
Diverticolo uretrale	1
Ulceraz. ai genit. est. Aden. inguin.	1
Prolasso delle pareti vaginali	2
Cisti della vagina	1
Spaccatura del perineo	1
Vaginite	2
Cisti da ritenzione della ghiandola di Bartolini	1
Descensus dell'utero, sospetto di gravidanza	1
Retrovers. dell'utero riducibile	4
» » non riducibile	2
» » gravido	1
Prolasso dell'utero	5
Epitelioma del collo	5
Sarcoma dell'utero diffuso alla vag.	1
Antiflessione, collo conico	17
Ipoplasia dell'utero	3
Sub-involuzione dell'utero	2
Laceraz. del collo, metrite consec.	6
» del perineo e del collo	3
» bilater. del collo, retrovers.	1
» del perineo, retrovers.	1
Metriti cervicale e del corpo, assoc.	6
Metrite parenchimat., retrovers.	1
Endometrite fungosa emorragica	11
» post-abortiva	6
Minaccia di aborto	1
Aborto in corso	1
Resti di aborto	3
Metriti con retroversione	2
Isterismo, antiflessione collo conico	1
» retroversione	1
Metrorragie (in gravidanza?)	1
Lacerazione recente del perineo per parto, ritenzione di placenta	1
Endometr. discrasica, vizio valvolare	1
Polipo mucoso del collo	2
» » del corpo	1
Riportasi	100

Malattie	Casi
Riporto	100
Mioma sottomucoso del corpo	1
Polipo fibroso del labbro poster.	1
Mioma sottosieroso peduncolato	1
Miomi interstiziali	4
Mioma colossale della regione cervicale in donna già stata operata di isterectomia sopravaginale	1
Essudati parametrali	9
Parametrite puerperale	5
Mioma dell'utero, essudati param.	1
Laceraz. perineale, prolasso uterino, voluminoso essudato perirettale	1
Ematocele retrouterino	3
Ovaro-salpingite bilaterale	6
» » unilaterale	10
Osteosarcoma del bacino	1
Degenerazione cistica delle ovaia	2
Cisti dermoide	1
Ematoma della tuba	2
Cistoma ovarico colossale	2
Enorme piosalpinge	1
Cisto-ovario a lungo peduncolo	1
Ovaro-salpingite, deg. cistica ovaia	3
» » retrov. dell'utero	4
Degenerazione cistica ovaio destro	1
Isterismo, ovaro-salpingite, essudato parametrale	1
Isterismo, degeneraz. cistica ovaia	1
Salpingite d.ª, param. e parac. con esito di suppur. aperta in vescica	1
Isterismo	1
Strozzamento intestinale	1
Anemia grave	1
Versam. nel peritoneo e nella pleura	1
Ascite	1
Setticoemia puerperale in seguito ad aborto espletatosi a domicilio	2
Donne sane accomp. persone amm.	10
Totale	181

Operazioni ginecologiche — 1893-94.

TAVOLA VII.

Per vaginam	Casi
Discissione antero-poster. del collo	16
Dilatazione del collo e raschiamento della cavità dell'utero	18
Espletamento di aborto, raschiam.	3
» » (digitale) .	1
Riposizione di utero gravido e applicazione di pessario	4
Colpoperineoplastica Hegar . .	4
Spaccatura di diverticolo uretrale .	1
Demolizione di masse epitelioma-tose del collo	3
Amputazione sottovagin. del collo.	3
Operazione Emmet	3
Colpoprotoperineoplastica Bischoff	2
Raschiamento ed operaz. Emmet .	4
Perineoplastica Bischoff ed operazione Emmet	1
Raschiamento, amputaz. del collo .	1
Enucleazione di cisti del Bartolini	1
Operazione di cisti della vagina .	1
Colpoperineoplastica Hegar, raschiamento, operazione Emmet . .	1
Esportazione di polipo del canal cervicale con torsione	1
Colpoperineo plastica Hegar, operazione Emmet	1
Dilatazione del canal cervicale .	3
Isterectomia totale	2
Totale . .	74

Nessun decesso — Mortalità 0 %.

Per via addominale	Casi
Ovariectomia	4
Isterectomia totale addominale .	1
Ovaro-salpingectomia unilaterale .	4
Esportazione di ematoma della tuba	1
Ovaro-salpingectomia bilaterale .	3
Miomectomia (tratt. intraper.) . .	3
» (tratt. estraper.) . .	1
Castrazione per isterectomia . .	1
Ovaro-salpingectomia bilater., isteropessia	1
Taglio cesareo Saenger	1
Laparotomia esplorativa	1
Totale . .	21

Decessi 3.

Cause di morte:

a) Isterectomia totale addominale (peritonite).

b) Esportazione di ematoma della tuba (peritonite).

c) Miomectomia, tratt. intraper. (strozzamento intestinale).

Mortalità 14. 28 %.

In tutto 3 decessi su 95 operazioni — Mortalità 3. 16 %.

Ambulatorio.

TAVOLA VIII. — Ginecologia.

Nome delle malattie	1892-93	1893-94
Metrite cervicale	2	3
» parenchimatosa	5	10
» atrofica	1	—
Endometrite emorragica	9	19
» catarrale	8	5
» purulenta	1	—
» saproemica	—	1
Ovaro-salpingite	11	19
Degenerazione cistica dell'ovaio	7	1
Ovarite	4	3
Salpingite	2	1
Retroversione uterina	24	26
Antiflessione — collo conico	7	12
Antiversoflessione uterina	3	1
Prolasso dell'utero	11	10
Ipotrofia dell'utero	4	9
Erosione	26	13
Prolasso vaginale	3	4
Ematocele retrouterino	2	2
Vaginite dell'età critica (senile)	7	5
Caruncola uretrale	1	2
Mancanza congenita dell'utero, chiusura della vagina, uretra dilatata	1	—
Mancanza congenita dell'utero	1	—
Epitelioma del collo uterino	5	—
Vaginite	7	7
Riportasi	152	153

Nome delle malattie	1892-93	1893-94
Riporto . .	152	153
Cistite	7	3
Vaginite adesiva	3	—
Isterismo, protratto allattamento	1	—
Essudato peritoneale	3	—
Rene migrante	1	—
Uretrite	1	—
Parametrite	6	12
Dismenorrea per antiflessione	1	—
Virgo (leucorrea, collo conico)	1	3
Cistovario	2	1
Discesa dell'ovaio	2	1
Tumore della milza	1	—
Collo conico	9	15
Vulvite	1	1
Sifilide	1	1
Eritema ai genitali	1	—
Cisti della vagina	1	1
Epitelioma della cervice	2	14
Donna operata di isterectomia (isterica)	1	—
Fistola vescico-vaginale	1	—
Utero senile	2	1
Bartolinite	1	1
Spaccatura del collo	2	6
Cloroanemia in vergine	3	—
Incontinenza d'orina senile	1	—
Nevralgia ovarica	1	—
Condilomi	1	—
Metrorragie (discrasiche)	1	2
Obliquità dell'utero riducibile	1	—
Riportasi . .	211	215

Nome delle malattie	1892-93	1893-94
Riporto . .	211	215
Miomi dell' utero	4	7
Essudato innanzi l'utero	1	—
Tumore ovarico	1	—
Lacerazione vaginale	1	—
Gonorrea	1	4
Ulcerazione vaginale per filo dimenticato	1	—
Ipertrofia circolare del collo	1	1
Tumore addominale pulsante	—	1
Donna operata di miomectomia con trattamento esterno .	1	—
Essudato nello spazio del Douglas	1	1
Peritonite.	1	1
Sarcoma dell'utero	1	2
Coccigodinia	—	1
Cachessia.	1	—
Utero unicorne	1	—
Retroflessione uterina	—	3
Essudato periuterino (perimetrite)	—	1
Paraplegia	—	1
Ernia ombellicale	—	1
Anemia grave	—	1
Isterismo	—	3
Ernia inguinale	—	2
Polipo uterino	—	3
Micosi vaginale	—	1
Spaccatura perineale	—	2
Tumore ombellicale.	—	1
Emorroidi	—	1
Ulceri veneree	—	1
Altre malattie non di competenza ginecologica . . .	—	9
Totale . .	227	263

TAVOLA IX. — **Ostetricia.**

Stato della donna	1892-93	1893-94
Gravidanza semplice (varie epoche)	36	61
» extrauterina	—	1
» complicata da erosione della cervice	4	3
» » da ovaro-salpingite	—	1
» » da retroversione	4	1
» » da metrorragie	1	1
» » da varici	2	1
» in donna avente la morte abituale del feto	3	3
» con feto morto	—	1
» complicata da stenosi pelvica	6	3
» » da bacino cifotico	1	—
» » da bacino rachitico	—	1
» » da vomito e porpora	1	—
» » da vomito ostinato	1	—
» » da tumore di milza	—	1
» » da polidramnios	2	—
» » da sifilide	1	2
» » da catarro bronchiale	1	2
» » da cardiopatia	—	1
» » da nefrite	1	1
» » da laringite	—	1
» gemellare	1	—
Sospetto di gravidanza	1	1
Donna non riconosciuta incinta	2	4
Minaccia d'aborto	1	1
Emorragie post-partum	1	—
Metrorragie da aborto	2	1
Riportasi	72	92

Stato della donna	1892-93	1893-94
Riporto . .	72	92
Anemia per emorragia in parto	1	—
Anemia puerperale	1	—
Iperinvoluzione puerperale	3	—
Subinvoluzione puerperale	1	3
Donna operata di taglio cesareo Porro per osteomalacia.	1	—
Nutrice con catarro uterino	1	—
Mastite	1	1
Stitichezza in nutrice	—	2
Nutrice	—	1
Totale . .	81	99

Prospetto generale dell'Ambulatorio.

Anno	Ginecologia	Ostetricia	Non indicate	Totale
1892-93	227	81	25	333
1893-94	263	99	16	378

RASSEGNA

M. LAPKOW. — **Zur Anwendung des Ferratin bei Metrorrhagien** *(Sull'uso della ferratina contro le metrorragie).* — *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 2, 1895.

In una ragazza di 18 anni, vergine, soffrente di forti emorragie in corrispondenza del periodo mestruo, fu fatta la cura colla ferratina (0,5 tre volte al giorno). Essa ebbe esito buono.

Dott. L. Villa.

M. MIRONOW. — **Intorno alla tecnica del raschiamento uterino.** — *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 2, 1895.

Prima del raschiamento l'A. suole iniettare nei fornici vaginali mezzo centimetro cubo di una soluzione di cocaina al 6 %, inoltre, tanto prima che dopo l'atto operativo suole sterilizzare la mucosa del canal cervicale, introducendo in questo dei cilindretti di garza immersi in una soluzione fenicá al 4-5 %: fatto il raschiamento inietta nella cavità uterina tintura di jodio o una soluzione di liquore di ferro, o una soluzione di cloruro di zinco al 50 %.

A ragione osserva Dobbert che in tutto ciò non v'ha nulla di nuovo.

Dott. L. Villa.

P. N. CHOMITZKI. — **Cisti della parete vaginale anteriore.** -- *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 2, 1895.

Trattavasi nel presente caso di un tumore grosso quanto una noce, pastoso, elastico, sviluppatosi proprio al di dietro dell'uretra, protrudente della fessura vulvare e occupante l'ingresso della vagina. L'uretrocele che ne conseguiva induceva dolori vescicali e rendeva difficile il cateterismo. La cisti fu esportata: essa conteneva una notevole quantità di liquido rosso-bruno. Microscopicamente si dimostrò in alcuni punti della superficie interna della parete cistica l'esistenza

di epitelio cilindrico. L'A. opina trattarsi qui non già di cisti da ritenzione, ma piuttosto di residui dei condotti di Gartner o di Müller, successivamente sviluppatisi a cisti.

Dott. L. Villa.

W. FAWR. — **Ein Perforator-Bohrer** *(Un perforatore a trapano).* — *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 2, 1895.

Fatta una rivista critica dei diversi perforatori l'A. descrive un modello proprio, modellato sui soliti perforatori a trapano americani. La descrizione minuziosa dell'A. è accompagnata da un disegno.

Dott. L. Villa.

J. LJWOW. — **Strozzamento intestinale da parametrite puerperale: laparotomia, guarigione.** — *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 3, 1895.

In una puerpera di 31 anni insorsero al terzo giorno di puerperio febbre alta e dolori di ventre. Si constatò l'esistenza di un essudato parametrico, che andò lentamente riassorbendosi. Dopo parecchie settimane di malattia, quando la donna entrava nella convalescenza, insorsero d'un tratto sintomi di occlusione intestinale. Aperto tosto l'addome si constatò che un'ansa intestinale era rimasta strozzata da una briglia connettivale di origine infiammatoria tesa fra il legamento largo e il peritoneo della parete addominale anteriore. Oltre a ciò altre anse eransi avvolte a gomitolo fitto: la briglia fu recisa, il nodo intestinale fu sciolto: decorso normale: guarigione.

Dott. L. Villa.

F. SCHMIDT. — **Dell'uso delle fibre tendinee nella chirurgia e valore comparativo di esse rispetto al katgut.** — *St. Petersb. médic. Woch.,* Suppl. N. 3, 1895.

Le fibre in discorso vengono tratte dai tendini delle renne, vengono messe per 24 ore nell'etere e conservate a lungo nella soluzione di sublimato al 7 $^0/_{00}$. Quelle preparate in inverno sono più resistenti di quelle preparate in estate, e corrispondono quanto a resistenza, al N. 3 e 4 dei fili di katgut. Sono riassorbite nello spazio di 6 giorni: costituiscono un materiale da sutura assai raccomandabile.

Dott. L. Villa.

B. GRUNBERG. — **Sull'uso della pilocarpina contro l'eclampsia in gravidanza.** — *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 3. 1895.

L'A. ha somministrato la pilocarpina in quattro casi con esito soddisfacentissimo. Esso è egualmente efficace contro l'eclampsia sorta durante la gravidanza come contro quella che insorge durante il parto: però deve essere usata solo con donne robuste e sane, e precisamente nei casi in cui gli altri mezzi sedativi si dimostrano inerti. Tutte le affezioni polmonari controindicano l'uso della pilocarpina in vista dell'edema polmonare che ne potrebbe conseguire.

Dott. L. Villa.

TH. KOWALSKI. — **Il colera nelle gravide.** — *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 3, 1895.

Dai rapporti epistolari e da alcune osservazioni proprie, l'A. conclude che la gravidanza non è un momento predisponente di colera. La prognosi *quoad vitam* del feto è delle più infauste (81 % di mortalità): per la vita delle madri la mortalità è di 57.8 %.

Dott. L. Villa.

P. TEPLOW. — **Esportazione degli annessi uterini e delle loro neoformazioni attraverso la volta vaginale posteriore.** — *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 3, 1895.

Secondo l'A., l'intervento per la via vaginale secondo Péan è consigliabile solo in quei casi in cui è indicata l'esportazione dell'utero. Invece nelle alterazioni patologiche degli annessi dell'utero è preferibile la laparotomia o la esportazione di essi a traverso la volta vaginale posteriore *(colpotomia posteriore).* Quest'ultima è di solito prescelta da Lwoff, il quale la praticò, assistito dall'A., 36 volte, nel seguente modo: apertura della volta vaginale posteriore pel tratto di circa un dito trasverso e mezzo; apertura del peritoneo, separazione delle aderenze che involgono gli annessi mediante manovre anche dall'esterno; allora si traggono gli annessi in vagina, si pungono le piccole cisti ovariche che possono eventualmente esistere: si appone un laccio in corrispondenza dei tessuti che formeranno peduncolo, si esportano le trombe in preda a processo infiammatorio e si rimettono in posto quando si tratti semplicemente di cisti ovariche previamente svuotate del loro contenuto (?). Se v'ha necessità, si procede anche al raschiamento uterino. Irri-

gazioni, insufflazioni jodoformiche. In tre casi l'A. si limitò alla colpotomia posteriore conservativa, per la quale gli annessi uterini liberati dalle loro aderenze di origine infiammatoria furono rimessi *in situ*. I vantaggi della colpotomia posteriore stanno nei minori pericoli, nel minor traumatismo, nella prontezza della guarigione, nella più facile tollerabilità e nel fatto che non si producono ernie addominali.

Dott. L. Villa.

O. RESNIKOW. — **Influenza dei vizî di cuore sulle mestruazioni.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 3, 1895.

Come in tutti gli altri organi, così anche nell'utero i vizi di cuore portano all'iperemia passiva: questa determina a sua volta catarro delle mucose, alterazioni nelle pareti dei vasi, emorragie. Il tipo della funzione mestruale viene alterato: o le mestruazioni si presentano poco copiose, ma frequenti (anche 2-3 volte la settimana), oppure abbondanti con intervalli fisiologici. Fra 100 donne che avevano vizi di cuore se ne trovarono 48 sofferenti di metrorragie, 38 con mestruazioni regolari, 16 amenorroiche. La cura consiste nel riposo, nell'uso dei cardiaci, nel tamponamento vaginale. Il raschiamento uterino non darebbe alcun risultato.

Dott. L. Villa.

BIBLIOGRAFIA

Geburtshülfe und Gynäkologie. — II Band der Arbeiten aus der K. Frauenklinik in Dresden von Pr. Dr. G. Leopold, 1895. *(Continuazione e fine, v. pag. 567).*

G. LEOPOLD. — **Die Dauererfolge der vaginalen Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinoms und die Verhütung der Recidive** (pubblicata la traduzione in esteso, vedi pag. 359).

Dr. BERNER. — **Die operative Behandlung der Uterusmyome durch Totalexstirpation** *(Il trattamento operativo dei miomi d'utero colla estirpazione totale per la vagina).* — Questo atto operativo è indicato quando non vi sieno lesioni croniche degli annessi, quando la paziente trovisi in uno stato di alto grado di anemia per cui non sia indicato un intervento laparotomico, offrendo a volte la castrazione delle difficoltà non superabili e un esito finale incerto: pel suo volume il tumore non deve essere più grosso della testa di un bambino e per la sede o sottomucoso o interstiziale o sottosieroso-interstiziale.

Molto spesso prima dell'atto operativo per qualche giorno o settimana si fanno alle pazienti a scopo ricostituente nella regione infraclavicolare delle iniezioni sottocutanee di soluzione fisiologica di cloruro di sodio in quantità da 3-400 gr. Indi l'A. descrive la tecnica operatoria: 1.° disinfezione del campo operativo; 2.° se la vagina è troppo ristretta (nullipara) conviene guadagnare spazio con una incisione; 3.° riesaminare la vescica col catetere; 4.° si afferra la porzione vaginale con una pinza Muzeux e si incidono i fornici; 5.° apertura dello spazio del Douglas, riconoscimento delle condizioni del tumore nel suo sviluppo in rapporto all'utero, e se del caso legatura dei grossi rami dell'arteria uterina; 6.° incisione della capsula del tumore, snucleamento e spezzettamento; 7.° legatura ed incisione delle tube; 8.° tolto l'utero, sutura dei parametri, chiusura della breccia peritoneale, tamponamento e sutura dell'incisione vaginale. Durante l'operazione iniezioni di soluzione fisiologica di cloruro di sodio.

I casi operati con questo metodo fino all'Ottobre del 1894 furono 48, tre i casi di morte e questi nelle prime 21 operate, una di esse però venne a soccombere per un'ulcera duodenale che perforò l'arteria gastro-duodenale, come si riconobbe alla sezione. La mortalità quindi propria dell'atto operativo (2 casi su 47 operate) sarebbe del 4. 2 0[0. Dà quindi le tabelle riassuntive dei 48 casi.

G. LEOPOLD. — **Ueber vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe wegen schwerer chronischer Erkrankungen derselben** *(Della totale estirpazione vaginale dell'utero e degli annessi contro le gravi croniche affezioni degli stessi).* — L'A. riporta riassuntivamente 37 storie cliniche di donne che vennero operate di estirpazione totale dell'utero e degli annessi per diverse affezioni degli organi genitali interni che, pur manifestandosi in modi diversi, nei varii momenti della loro evoluzione e con diverse conseguenze, pure hanno di comune il carattere della cronicità, la spiccata influenza loro sul generale, inducendo una grave denutrizione, e infine di resistere alle ordinarie cure che in simili casi si attuano quali il massaggio, i bagni, l'applicazione di ittiolo, come pure il dimostrarsi insufficiente della castrazione e delle incisioni per la via vaginale; anzi questi ultimi interventi presentano pericoli maggiori dell'estirpazione totale dell'utero e degli annessi e delle sacche suppurative che eventualmente esistessero sia intra che extraperitoneali, mentre questa operazione offre diversi vantaggi, quali: 1.° di impedire, come avvenne nei casi di estirpazione dell'organo più fortemente ammalato, che l'utero conservato e anch'esso infiammato sia causa di ulteriori sofferenze; 2.° la breccia praticata trovandosi nella parte più bassa del cavo addominale presenta la possibilità di un drenaggio migliore; 3.° anche in donne che non hanno partorito si può avere un campo di operazione da poter essere accessibili anche per le alterazioni tubariche e ovariche le più voluminose fino alla grossezza della testa di un fanciullo; 4.° il maggior pericolo della laparotomia e l'evitare più tardi gli sventramenti; 5.° questo atto operativo in confronto alla laparotomia si può quasi dire che decorre extraperitonealmente; l'intestino non si vede neanche. Le ammalate migliorano rapidamente nel generale. Su 37 operate ebbe 36 guarigioni.

Viene quindi l'A. a parlare della tecnica operatoria seguita, e dei temperamenti usati in casi speciali; non ebbe a lamentare lesioni della vescica o del retto o di un uretere. Da ultimo rivendica a sè la priorità di questo intervento operatorio nelle affezioni in questione.

G. WOFF. — **Zur Totalexstirpation des Uterus mit Entfernung grosser Scheidenlappen wegen Totalprolaps des Uterus** *(Sulla estirpazione totale dell'utero con asportazione di grandi lembi vaginali per prolasso totale dell'utero).* — L'A. passa dapprima in rivista i varii metodi curativi operatori e non, attuati per combattere questa affezione, e per gli operativi esamina gli esiti ottenuti dai varii operatori. Dà quindi riassuntivamente le storie cliniche di 18 donne operate nel modo suindicato del prof. Leopold dal 1884 al 1893.

Questa operazione deve considerarsi quale ultimo rifugio contro questa affezione, quando non si possono attuare con successo gli altri metodi curativi. Delle 18 operate 3 morirono in seguito all'operazione (16. 6 0[0), di 12 di cui si ebbero notizie tardive si seppe che guarirono perfettamente.

G. LEOPOLD und J. WEHLE. — **Die Wiederherstellung des völlig zerrissenen Dammes und Afters (Ruptura perinei completa). Proktoperineoplastik** *(La restaurazione del perineo e dell'ano completamente lacerati. Proctoperineoplastica).* — Gli A. nell'introduzione fanno una rapida rivista teorica dei metodi operativi messi in pratica per combattere questa affezione; indi procedono a studiare l'argomento usufruendo di 105 casi clinici occorsi nella Clinica di Dresda. Dal punto di vista eziologico queste lacerazioni avvennero 8 volte in parti normali, 11 volte per estrazioni della testa posteriore in presentazioni podaliche, 70 volte per applicazione di forcipe, di 16 casi non si hanno notizie precise del parto. Per rapporto ai sintomi quello che maggiormente si impone e per la frequenza e per la sua gravità è l'*incontinentia alvi* (in 94 casi) che però certe volte può spontaneamente migliorare e da completa rendersi parziale; in seconda linea vengono il prolasso delle pareti vaginali, i dolori, l'incontinenza dell'urina, i disturbi nervosi. Il momento dell'operazione per rapporto al tempo dell'avvenuta lacerazione variò grandemente andando dalle 4 alle 6 settimane fino a 29 anni. Per ciò che riguarda le indicazioni ed il tempo opportuno per intervenire non differiscono dalle norme già conosciute. L'operazione viene esaminata poi nelle sue varie parti dettagliatamente: la forma della cruentazione, il materiale di sutura, il modo di eseguirla e ciò per rispetto ai metodi seguiti dagli altri operatori. Seguono infine le norme da seguirsi dopo l'operazione compreso il regime di vitto. Le conclusioni sono le seguenti: 1.° il metodo di cruentazione estesa a tutto il tessuto di cicatrice riduce la ferita alle condizioni della primitiva lacerazione; 2.° la triplice sutura della vagina, dell'intestino e del perineo, e segnatamente la sutura dello sfintere dell'ano sono condizioni necessarie per un buon esito duraturo. Il materiale di sutura non riassorbibile è da preferirsi al riassorbibile; 3.° per ricostruire solidamente il perineo conviene che i punti perineali profondi scorrano sotto la superficie di cruentazione in modo da escludere qualunque spazio morto; 4.° una buona preparazione e uno scrupoloso trattamento post-operatorio sono condizioni necessarie per la guarigione.

Dr. FEARNE. — **Ueber primäres Tubencarcinom** *(Del carcinoma primitivo della tuba).* — L'A. riferisce la storia clinica di una donna operata di laparotomia con ovarosalpingectomia unilaterale per tumore tubarico. Dopo aver fatta la descrizione macroscopica del tumore riferisce il reperto microscopico. La caratteristica della regione alterata si ha nella presenza di accumuli di cellule epite-

liali atipiche che stanno intorno alle papille connettivali. Sono numerose le figure cariocinetiche: come le cellule si presentano con differenti aspetti, appiattite, cubiche o considerevolmente allungate, così anche il nucleo si mostra alterato. L'ovaio era piuttosto atrofico ma assolutamente normale e all'esame microscopico mostravasi esente da qualsiasi metastasi carcinomatosa. Espone in una tavola le notizie di altri 15 casi che potè raccogliere dalla letteratura, e infine conclude che le affezioni carcinomatose primitive della tuba sono una degenerazione maligna di papillomi dapprima benigni: i villi o escrescenze papillomatose della mucosa tubarica aumentano per cause infiammatorie in grandezza e in numero e più tardi possono degenerare in una forma carcinomatosa.

Dr. LANGE. — **Ueber Enucleation von Myomen aus dem schwangeren Uterus** *(Dell' enucleazione di miomi dall'utero gravido).* — L'A. espone un caso clinico in cui l'atto operativo riuscito felicemente non venne ad alterare il decorso normale della gravidanza, che continuò fino al termine con parto normale di un bambino vivo: per la natura e la località dove ha sede il tumore, e per il traumatismo dell'atto operativo ciò non è tanto comune. L'A. espone riassuntivamente 31 casi di miomectomia in gravidanza raccolti dalla letteratura, e ne trae parecchie considerazioni: crede che il tempo più propizio per l'intervento operativo sia dal 4.° al 6.° mese.

Dr. BUSCHTECK. — **Zur Heilung von Ureterbauchdeckenfisteln und von Blasenscheidenfisteln durch die Sectio alta** *(Sulla guarigione di fistole uretero-addominali e vescico-vaginali colla sectio alta).* — L'A. espone dettagliatamente i varii casi occorsi: nel primo si tratta di una fistola vescico-utero-vaginale con seno fistoloso verso la sinfisi pubica e carie della stessa: all'esame si riscontra che l'apertura fistolosa è situata profondamente, ed i suoi bordi sono fissati da tessuto cicatriziale; l'operazione dalla via vaginale non presentando probabilità di riuscita si interviene colla sectio alta. Durante l'atto operativo si riconosce che esso non presenta probabilità di riuscita e viene mutato il piano dell'operazione: si esporta dalla vescica la fistola ed i circostanti tessuti ammalati per formare colle pareti sane una nuova vescica. La paziente guarì in 11 settimane, e anche dopo 7 mesi dall'operazione si aveva continenza delle urine. Nel secondo caso trattasi di una fistola utero-vescico-vaginale anch'essa profonda e aderente per cui non è possibile l'intervento per la via vaginale: si pratica la sectio alta e si chiude l'apertura fistolosa facendo due lembi del bordo della cruentazione, uno interno ed uno esterno, e suturandoli separatamente. La donna esce guarita dalla clinica dopo tre mesi e mezzo. Il terzo caso è dato da una donna operata di laparomiomectomia con trattamento extraperitoneale del peduncolo; il laccio elastico compresse probabilmente l'uretere destro che fu perciò staccato dalla vescica venendo poi a sboccare nell'infundibolo della ferita addominale. Cercò dapprima di unire quest'infundibolo col relativo sbocco dell'uretere col fondo aperto della vescica, ma questo tentativo non fu coronato da successo, e già dopo due giorni uscivano le urine pel nuovo canale formato. Si procedè quindi alla nefrectomia. La paziente guarisce completamente e dell'atto operativo e della fistola uretero-addominale. Il quarto caso è offerto da una donna pure operata di miomectomia con trattamento extraperitoneale del peduncolo con esito di fistola uretero-

addominale: in questo caso si tentò ancora colla sectio alta l'unione dello sbocco centrale dell'uretere col fondo aperto della vescica e questa volta con esito favorevole e guarigione duratura.

Cita l'A. altri casi consimili raccolti dalla letteratura, alcuni dei quali guariti colla nefrectomia, altri con operazioni di plastica, e dato il successo ottenuto in parecchi casi, conclude che prima di passare al trattamento radicale della nefrectomia conviene sempre tentare di ricongiungere l'uretere colla vescica.

G. LEOPOLD. — **Kurzer Bericht über 1000 Laparotomien** *(Breve rivista di 1000 casi di laparotomia).* — Trattasi del primo migliaio di laparotomie eseguite dall'A. nella Clinica di Dresda dal 1883 al 1893.

L'A. dal 1891 si attiene al metodo asettico; espone le norme seguite per la sterilizzazione del materiale d'operazione, degli indumenti, delle mani, per la narcosi, pei preparativi e gli accessori dell'operazione, per l'incisione addominale e per la sutura, pel tamponamento e drenaggio addominale. Divide poi i 1000 casi di laparotomia a seconda dell'affezione che reclamò l'intervento operativo; si sofferma brevemente nell'esame dei tumori ovarici. Dà poi delle norme che l'A. stesso chiama auree e che riguardano l'operatore, la paziente, gli assistenti, la disinfezione. Chiude con una breve statistica in cui ai 1000 operati aggiunge quelli occorsi nel 1894 (151) e le isterectomie vaginali (300). Con 1451 operazioni ebbe una mortalità brutta di 162 = 11.1 0[0, 1289 guarigioni 88.9 0[0, così divise:

1000 laparotomie	133	morti
151 »	11	»
300 isterectomie vaginali . . .	18	»

Depurando questa statistica si avrebbe:

per le 1.°	500 laparotomie . . .	8.2 %	di mortalità
» » 2.°	500 » . . .	4.8 »	»
» » 3.°	151 » . . .	0.7 »	»
» »	300 isterectomie vaginali	5.0 »	»

quindi complessivamente una mortalità del 5.7 0[0.

CLIVIO.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVII. Novembre 1895. Num. 11.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

Sul significato patologico degli elementi coriali e sul così detto " Sarcoma deciduo cellulare „

PEL
Prof. ERNESTO PESTALOZZA

Diverse considerazioni mi inducono a ritornare sul tema del così detto sarcoma deciduo cellulare, che fu già più di una volta oggetto a qualche mia pubblicazione. Anzitutto la poca o niuna attenzione che in Italia si è finora accordata allo studio della nuova forma morbosa, che invece ha appassionato ad alto grado gli studiosi di altri paesi, sicchè si può dire che quasi ogni puntata delle più accreditate riviste estere, e specialmente tedesche, porti un nuovo contributo prezioso all' argomento. In secondo luogo il convincimento che io ho, che ad invogliare anche fra noi allo studio in parola, possa tornare di qualche utilità al medico pratico l'aver sottomano disegni riproducenti colla massima possibile fedeltà le forme anatomiche più caratteristiche della lesione. In terzo luogo la necessità, tutt' affatto soggettiva, di giustificare alcune mie antiche affermazioni di fronte ad interpretazioni qualche volta arbitrarie che ne furono fatte, sebbene della maggior parte delle obbiezioni rivoltemi il tempo abbia già fatto giustizia, e di cogliere contemporaneamente l'occasione per emendare quelle tra le mie affermazioni che una giusta critica e il graduale progresso delle cognizioni hanno dimostrato inesatte.

Premetto però che la riserva che già altra volta mi imposi, mi pare ancora oggi necessaria sulla delicatissima questione della patogenesi

dello strano neoplasma di cui ci occupiamo, e che sarà mio studio di trarre dalle mie osservazioni e dalle altrui, solo quel tanto che si può dire definitivamente acquisito alla scienza.

Questa riserva comincierò ad usare circa alla definizione della malattia. Il consenso quasi unanime degli osservatori (e i casi, isolati e rarissimi all' epoca della mia prima pubblicazione, sorpassano oggidì, come presto si vedrà, la quarantina) ha consacrato la qualifica convenzionale di *sarcoma deciduo cellulare* a quei tumori che ad epoca poco remota da un parto, da un aborto o dalla espulsione di una mola vescicolare si manifestano nell'utero, in corrispondenza della zona di inserzione placentare, si diffondono divaricando e struggendo i fasci muscolari, e con singolare tendenza al trasporto embolico per via dei vasi danno luogo, se non rimossi in tempo, a multiple metastasi, fra cui più caratteristiche le vaginali e le polmonari, nel mentre debilitano per perdite più o meno profuse e per costante gravissima anemia l'organismo, traendolo fatalmente alla morte nello spazio di pochi mesi dalla prima insorgenza del male.

Se ad una definizione io ho sostituito un quadro clinico riassuntivo, si è perchè l'essenza stessa della lesione è ancora oggetto di dispareri troppo spiccati, e perchè mi pare che, attraverso tutti gli osservatori, l' unico criterio diagnostico differenziale che finora abbia resistito alla critica sia appunto il criterio clinico. Più semplicemente, e con scarse probabilità di errore, si potrebbero ritenere appartenenti alla famiglia dei sarcomi deciduo cellulari tutti quei tumori che con spiccati caratteri di malignità clinica si svolgono sulla zona di inserzione placentare, poco tempo dopo l'espulsione di un uovo sano od ammalato.

Per giustificare la sommaria definizione, sarò scusato se premetto con qualche dettaglio ed in ordine cronologico la storia dell'argomento, cogliendo così l' occasione di correggere qualche erronea indicazione, e di seguire passo passo la notevole evoluzione che ha subìto fino ad oggi l' interpretazione patogenetica del tumore.

1.° Che un tumore svolgentesi da residui placentari potesse acquistare tanta malignità da invadere l'organismo con multiple metastasi e determinare la morte fu immaginato per primo da Sänger ad interpretazione di un caso da lui osservato, e che è prezzo dell'opera il riferire come primamente il Sänger stesso lo comunicò (1).

Una donna sana di 23 anni, 4 mesi dopo il matrimonio, nel saltare da una carrozza, per un passo falso ebbe un aborto alla ottava settimana di gravidanza. L'uovo fu espulso completamente. La donna ebbe emorragie per due settimane: alla quarta, febbre; chiamato allora, S. trovò una paziente molto anemica con tutti i segni di una decomposizione putrida di resti ovulari. Dilatato il collo colla laminaria si procedette allo svuotamento dell'utero: cessò la febbre, ma la paziente non si riebbe, e occorsero 5 mesi perchè potesse lasciare il letto. Intanto si fece evidente un graduale aumento dell'utero che fu interpretato a tutta prima come una subinvoluzione, poi addebitato alla presenza di un essudato parametritico. Ventre sempre piatto, trattabile, senza traccia di irritazione peritoneale. Presto la donna fu costretta a rimettersi a letto e si constatò nella fossa iliaca sinistra la comparsa di un tumore dolente, di consistenza elastica. Nel sospetto di un ascesso si praticò una incisione, ma non si diede esito a pus, bensì si potè rimuovere un tessuto fungoso, che esaminato al microscopio si vide constare di cellule tonde a grosso nucleo, intramezzate a striscie di cellule fusate e a numerose piccole apoplessie.

Non si trovarono bacilli della tubercolosi. Tuttavia parve giustificata la supposizione si trattasse di una periostite fungosa tubercolare dell'osso iliaco, forse in rapporto con analoga malattia dell'apparato genitale. Tale sospetto parve ancor più giustificato dall'aspetto etico della paziente, che da un po' di tempo tossiva e si faceva dispnoica, senza però presentare ai polmoni segni fisici di tubercolosi. In vista della sospettata lesione ossea si passò la donna alla Clinica chirurgica. Thiersch opinò piuttosto per la prima ipotesi, di una infezione puerperale settica. Oramai l'utero era cresciuto al volume del 3.°-4.° mese di gravidanza. Si pensò più d'una volta ad un intervento operativo, ma l'incertezza della diagnosi, e lo stato deplorevole della paziente lo sconsigliarono. Essa venne a soccombere circa 7 mesi dopo il principio del male, e dopo che negli ultimi giorni la dispnea aveva raggiunto il grado di ortopnea.

L'autopsia diede questo sorprendente reperto: l'utero vincolato da antiche e scarse aderenze verso sinistra all'omento e all'intestino, era disseminato di nodi spugnosi rosso-porpora, della grossezza da quella di una nocciuola a quella di una grossa mela, che dovevano interpre-

tarsi come un sarcoma telangectode. I nodi mollicci assomigliavano molto a quelli della micosi (granuloma) fungoide della pelle. La mucosa uterina dappertutto liscia, in nessun punto attraversata da un nodo. Metastasi numerose nella fossa iliaca, nei due polmoni, nel diaframma, nelle cosce. Il polmone sinistro, che presentava un nodo sporgente a guisa di fungo, era inoltre compresso per emato-torace.

L'esame microscopico eseguito dal dott. Karg presentò, oltre ai numerosi focolai sanguigni, gruppi di cellule rotonde a grande nucleo, nonchè caratteristiche cellule analoghe alle cellule giganti deciduali, che fecero pensare ad una forma fino ad allora mai osservata di *deciduoma maligno metastatizzante,* con che si intende un neoplasma non epiteliale, proveniente dalle cellule del connettivo deciduale. Certo si trattava di un tumore appartenente al gruppo dei sarcomi, fino ad allora non mai descritto in questa forma e in questi rapporti clinici.

Sänger, è inclinato ad ammettere che questo fosse stato il fatto primitivo, e che l'aborto, iniziato per una causa accidentale, fosse stato ritardato dalla scemata contrattilità dell'utero. Non si può pensare ad un nesso causale tra l'insorgenza del neoplasma e la decomposizione settica dell'uovo e sua rimozione operativa: l'autopsia ha completamente rimosso questo sospetto, che aveva guidato tutta la cura.

Fin qui abbiamo seguito quasi letteralmente le parole stesse del Sänger, dalle quali si arguisce come il geniale concetto sulla natura e vera origine del male emergesse solo dall'autopsia, essendosi in vita con certo fondamento da esperti clinici ritenuto si trattasse o solo di una forma settica, o di una infezione specifica tubercolare.

La qualifica primitiva di *deciduoma maligno metastatizzante* fu suggerita sia dal punto di inizio del male, sia dal suo decorso, sia da una certa sorprendente analogia con alcune forme cellulari che si riscontrano nella decidua serotina, sia infine dal termine deciduoma, che era stato applicato in precedenza a talune formazioni benigne osservate sulla zona d'inserzione della placenta qualche tempo dopo l'espulsione dell'uovo.

Trattandosi di una comunicazione preventiva che l'autore stesso si riservava di completare, come infatti completò, non è a stupirsi mancassero alla illustrazione del caso quei più particolareggiati dettagli che valessero a giustificare l'assimilazione fatta tra gli elementi più caratteristici del tumore e le cellule della decidua normale. Vedremo poi,

nella parte critica delle nostre ricerche, come abbia Sänger cercato di soddisfare a questo *desideratum.*

2.° A poca distanza di tempo dal Sänger, ed indipendentemente da esso, aveva occasione il Pfeifer di raccogliere un' osservazione clinica ed anatomica che offre con quella di Sänger le più evidenti analogie, e, mettendola in rapporto con tre casi consimili osservati dal suo maestro, il prof. Chiari, adottava pei quattro casi una identica interpretazione, ricorrendo anch'egli alla denominazione di *deciduoma maligno.* Anche della nota del Pfeifer è bene fare un fedele riassunto, come di una di quelle che valsero a fissare il quadro clinico e la presunta origine anatomica della nuova specie di tumore (2).

Un posto speciale fra i tumori primarii del fondo e del corpo dell' utero lo prendono quelli, finora raramente osservati, che sono in nesso apparente colla gravidanza e col puerperio. A questo nesso aveva fatto richiamo il Maier fin dal 1876.

Nel 1877 Chiari (3) comunicò tre casi di tumore primitivo del corpo dell' utero, in nesso evidente di insorgenza col puerperio. Le tre donne avevano partorito sei mesi prima della morte. In 2 casi breve tempo dopo il parto si ebbero emorragie e scoli fetenti; l'una delle donne morì con sintomi di pneumonia lobulare, l'altra per anemia. Nel terzo caso le emorragie comparvero quattro settimane dopo il parto e per frenarle si decise di rimuovere le masse polipose che si avvertirono nella cavità uterina, e che si interpretarono come frammenti di placenta trattenuti; la donna morì di peritonite 8 giorni dopo l'operazione. In tutti e tre i casi si trovò all' autopsia essersi sviluppato un tumore al punto di inserzione placentare; il tumore era penetrato nella muscolatura, e si era riprodotto con metastasi nelle pareti vaginali, nelle ovaie, nelle ghiandole linfatiche del bacino e nei polmoni. Chiari allora descrisse questi tumori per carcinomi; risultavano di uno stroma riccamente vascolarizzato, nelle cui maglie erano gruppi di grosse cellule epiteliali frammiste a fibrina ed a corpuscoli rossi.

Il caso che Pfeifer si propone di far conoscere è perfettamente analogo ai 3 di Chiari: a lui però è riuscito di stabilire l'istogenesi del tumore e la sua vera natura, e il Chiari stesso consente nella nuova e più esatta interpretazione. L'ammalata di 35 anni, che ebbe già 4 gravidanze normali, ne incontra una quinta, molare, terminata coll'espulsione di una mola vescicolare alla fine del Dicembre 1888. Nel Settembre 1889 si presentano delle emorragie, e, sospettata l'insorgenza di una nuova mola, la donna viene trasferita nella clinica di Schauta il 21 Gennaio 1890. Si trovò l'utero grosso; si sospettò di una gravidanza abnorme, o di una degenerazione maligna della mucosa, e perfino di una tubercolosi, esistendo sintomi di lesione polmonare. Per lo stato di estrema debolezza della donna non fu creduto prudente un intervento attivo intrauterino: l'aumento dei sintomi polmonari, dispnea, tosse, sputo puriforme, consigliò di riportare la paziente alla clinica medica di Jacksch, dove morì il 4 Febbraio. La diagnosi clinica era stata così formulata: tubercolosi cronica polmonare, endocardite cronica, tumore uterino.

All'autopsia si videro i polmoni disseminati di numerosi nodi midollari. In vagina, sopra l'introito, un tumore grosso come una noce, ricoperto dalla mucosa: vicino a questo, uno grosso come una nocciuola. L'utero è occupato da un tumore che parte dal fondo e dalla parete sinistra, rossiccio alla sezione, infiltrato di emorragie, e che si insinua nella muscolatura.

Al microscopio il tessuto risulta formato da ammassi cellulari disposti in spazii limitati da striscie di un tessuto ricco di nuclei e analogo al connettivo fibrillare. Le cellule hanno insolita grandezza. A tutta prima si penserebbe ad un cancro, ma in alcuni punti fra le grandi cellule esiste una sostanza intercellulare, finamente granulosa, in parte anche fibrillare. Ampii capillari attraversano gli ammassi cellulari, il che parla contro la natura cancerosa. Notevole l'infiltrazione delle grosse cellule fra gli elementi muscolari, e la loro penetrazione nei vasi. Eguale struttura hanno i nodi metastatici.

Ad un confronto risulta subito la grande somiglianza col tessuto deciduale (sostanza intercellulare, forma delle cellule, capillari fra esse). L esame della restante mucosa non diede alterazioni, solo qua e là del tessuto deciduale. Questo reperto suggerisce il pensiero che la donna nel Settembre 1889, quando iniziò l'emorragia dai genitali, fosse gravida e avesse abortito, perchè sarebbe difficile l'ammettere che i residui deciduali risalissero alla gravidanza molare del 1888. Anche in questo caso dunque la morte sarebbe venuta in scena, come in quelli di Chiari, 6 mesi dopo l'ultima gravidanza.

Dalla descrizione che dà il Pfeifer, sebbene mancante anch'essa, come la prima del Sänger, di una riproduzione grafica delle forme cellulari, appare sempre più accentuato il concetto che gli elementi essenziali del tumore siano analoghi ai deciduali, essendone precisata, oltre che la forma, anche la presenza di una sostanza intercellulare, e di vasi sanguigni a pareti proprie.

3.° Nel 1891 io resi di pubblica ragione due casi che pensai, per il loro andamento clinico e per le loro apparenze macro e microscopiche, di poter accomunare a quelli di Sänger e Pfeifer: e pur adottando la qualifica di sarcoma e la presunta origine puerperale, credetti solo doveroso di fare qualche riserva sulla interpretazione dei grandi elementi come cellule deciduali, non parendomi sufficiente una superficiale analogia di aspetto per decidere sulla identità essenziale fra elementi fisiologici e patologici (4). Ciò di cui specialmente mi curai allora si fu di far risaltare l'andamento clinico tutto caratteristico e la specialità di distribuzione delle metastasi. Mi parve di essere riescito nell'intento di giustificare la nuova entità patologica col raggruppare i miei ai casi di Sänger, Chiari e Pfeifer, e ad altri, passati fino ad allora inosservati nella letteratura medica, e che io cercai trarre dall'oblio, come ad es. quelli che ricorderemo più

avanti di Jacubasch e di Guttenplan. Il quadro clinico così abbozzato ebbe una certa fortuna, talchè, consacrato più tardi dall'autorità di Sänger, si può dire abbia di poi servito di termine di confronto a tutti i casi congeneri e di fondamento ad una diagnosi clinica differenziale. Ecco in breve riassunti i due casi nelle loro note essenziali.

I. Vanetti Ernesta d'anni 25, contadina di Pietra de' Giorgi, si presenta alla Clinica ostetrica di Pavia il 25 Giugno 1888 per trovare rimedio a gravi emorragie che dall'epoca di un aborto verificatosi il 1.° Febbraio 1888 la vanno indebolendo.

L'esame portato subito sull'apparato genitale fa rilevare la presenza, sulla parete anteriore della vagina, appena al disopra del tubercolo uretrale, di una rilevatezza pastosa, ricoperta da una mucosa che ha un colorito livido, quasi di tessuto presso a cadere in gangrena. In questa regione la sensibilità è attutita, quasi nulla. Passando al disopra di questo nodo vaginale il dito esploratore arriva al collo dell'utero, che è permeabile fino all'orificio interno, e di consistenza inferiore alla normale: il corpo è ingrossato come potrebbe trovarsi alla fine del secondo mese di gravidanza, ma con qualche irregolarità nella superficie. A livello del corpo dell'utero così ingrossato si percepisce all'ascoltazione un distinto soffio uterino. Il complesso dei sintomi giustifica fino ad un certo punto il sospetto che colla lesione vaginale neoplastica coesista forse una gravidanza irregolare nei primi mesi. Ad ogni modo i rapporti anatomici e l'apparente natura della lesione vaginale sono tali da controindicare in modo assoluto ogni intervento operativo, sicchè tutto si limita a cure di sorveglianza. Si cerca tuttavia colla comune medicazione ricostituente di frenare il rapido ed evidente decadimento delle forze, che è sproporzionato alla perdita sanguigna omai fattasi insignificante. Ma intanto la mucosa vaginale a livello del tumore, già livida e tesa, dà manifesti segni di iniziante mortificazione; intanto la temperatura, fino allora normale, accenna, dai primi di Luglio, a rialzi vespertini, anche considerevoli. L'emorragia uterina è cessata affatto; un esame più minuto permette di escludere la sospettata gravidanza e fa pensare alla coincidenza di due tumori, uterino l'uno, l'altro vaginale. Succedono poi delle oscillazioni, quasi un miglioramento nelle condizioni generali, finchè ad un tratto il 24 Luglio la tumefazione della parete anteriore della vagina si apre spontaneamente per mortificazione degli strati superficiali. Rimossi i primi coaguli che proteggono il tratto ulcerato, si ha irruente, copiosissima emorragia, da mettere in pochi istanti in pericolo grave la donna. Costretti ad agire lì per lì contro l'improvvisa emorragia, dopo esperite le pinze emostatiche che frammentano il friabile tessuto, si riesce a farsene padroni col ravvicinare mediante due punti di sutura i margini della soluzione di continuo, completando l'emostasi con un tamponamento. Poste contemporaneamente in opera le cure d'uso contro l'acutissima anemia, la donna, che già sembrava morente, si rimette alquanto. Il tamponamento viene rimosso il giorno successivo. Poco dopo con un'insorgenza di brivido la temperatura oltrepassa i 40°. Tengono dietro vomiti, prostrazione grande, dispnea sempre più accentuata, con qualche colpo di tosse; ripetizione quotidiana del brivido e della febbre, sinchè la donna soccombe il 1 Agosto sotto la presunta azione

combinata della cachessia provocata dal neoplasma, e di un processo settico insorto o per lo meno aggravato dopo la spontanea apertura del tumore vaginale.

II. Il giorno 14 Gennaio 1889 viene ricoverata nella Clinica una certa Guaschi Emilia, contadina, d'anni 33, di Ottobiano. Anch'essa non ha altro antecedente morboso all'infuori di qualche febbre malarica: dai 14 anni fu sempre regolarmente mestruata; è maritata, ed ebbe cinque gravidanze perfettamente normali. Un mese prima dell'ingresso in Clinica, mentre accudiva ai suoi lavori, fu colta da grave emorragia dai genitali, che la costrinse subito a letto. Due o tre giorni dopo si accorse essa stessa della comparsa ai genitali esterni di una tumefazione che fu riconosciuta proveniente dalla parete destra della vagina. Dopo quindici giorni di alternate emorragie, la donna fu colta da febbre che, ripetendosi insistentemente, determinò il medico ad inviare la paziente alla Clinica.

Qui appena giunta la donna, dall'aspetto emaciato e precocemente senile, viene sottoposta ad una accurata visita locale, che permette di constatare, al terzo inferiore della parete vaginale destra ed anteriore, una voluminosa tumefazione dura, ricoperta dalla mucosa assai tesa e livida, qua e là forata come a stampo; dai fori tagliati quasi a picco si vede sottoposta una massa spugnosa di colorito rosso brunastro. In corrispondenza dell'orificio uterino, che è pervio e dilatato, fa sporgenza una massa poliposa, sanguinante al tatto, che si può circondare col dito.

Il corpo dell'utero discretamente ingrossato, è poco mobile, indolente, con consistenza pastosa. Guidati dalla recente esperienza e in base al reperto dell'apparato genitale, tutto porta a credere che si tratti di un caso analogo al precedente; di un tumore cioè presumibilmente sarcomatoso dell'utero, con nodi metastatici, già ulcerati, in vagina. Minore è la tendenza alle emorragie dal nodo vaginale; ma la analogia si riscontra spiccata nell'aspetto cachettico della paziente, nella febbre quotidiana, nella dispnea che, già marcata fin dai primi giorni, andò poi sempre accentuandosi. Stabilita questa diagnosi, la prognosi non poteva esser dubbia, vista anche qui l'impossibilità di qualsiasi intervento attivo; e all'esito finale la donna si avviò a grandi passi per rapido marasmo, raggiungendo negli ultimi giorni temperature superiori ai 40°; nell'ultima giornata fino a 41°. 4.

La complicazione polmonare che la natura stessa del male faceva temere, si dichiarò, oltre che colla dispnea, negli ultimi giorni, con una tosse insistente molesta, con rantoli disseminati a medie e piccole bolle, e con un escreato siero-sanguinolento, quasi da edema polmonare. L'esame dello sputo per la ricerca della eventuale presenza di germi specifici riuscì negativo.

Il reperto anatomico fu quasi identico nei due casi; tumore dell'utero, specialmente nella parete anteriore e sul fondo, tumori metastatici in vagina, nel legamento largo, nei polmoni. Il tumore uterino forma una massa ulcerata, spugnosa, sporgente a guisa di fungo in cavità, e, ricoperto da sierosa normale, si vede far sporgenza, specialmente nel primo caso, sulla faccia esterna dell'utero dopo aver attraversata tutta la muscolatura. In sezione si presentano questi tumori infiltrati da chiazze emorragiche. I nodi polmonari sono fittissimi, innumerevoli, così stipati da aumentare quasi del doppio il peso dell'organo ed hanno alla sezione un colorito rosso bruno di sangue stravasato, tanto più manifesto quanto più grosso è il nodulo, che non sorpassa però mai il volume di un pisello.

All'esame microscopico notavo nei nodi neoplastici due sorta di elementi; gli

uni, disposti in una specie di reticolo fibrinoso, e della grossezza di 15 a 20 μ, sono disposti quasi ad isole, e in alcuni punti in contatto diretto colla muscolatura: gli altri, disposti di preferenza alla periferia di queste isolette, spiccano ancora più in mezzo ai fascetti muscolari divaricati, e sono vere cellule colossali, fino a 150 μ, con nucleo assai facilmente tingibile, e con protoplasma relativamente scarso. Qualche volta il nucleo è unico, qualche volta se ne contano due, tre, od anche più, in modo da formare delle vere cellule giganti. Poste di preferenza sul confine fra il tessuto sano e l'ammalato, queste cellule giganti hanno le forme più varie: si direbbe che, dotati di grande plasticità, questi elementi che si ficcano fra i fasci muscolari sappiano adattarsi colla loro forma a quella degli interstizii che occupano. Lungo i vasi dell'utero si vedono penetrare fino sotto all'endotelio e sollevarlo. La stessa struttura nei nodi metastatici vaginali, sebbene vi prevalgano gli elementi più piccoli: notevole la presenza nelle vene della vagina di cellule giganti trasportate evidentemente dalla corrente sanguigna: in alcuni punti le piccole vene ne sono trombizzate. Nei nodi polmonari prevale lo stravaso sanguigno, ma alla periferia riesce di distinguere delle grosse masse intensamente colorabili che possono ritenersi per avanzi nucleari: in pochi nodi invece è distinta la stessa struttura osservata nell'utero e in vagina.

È in base alla precedente descrizione che io proponevo di formare un gruppo di così detti *sarcomi infettanti* a decorso tipico, senza escludere la possibilità di origine di questo genere di tumori da residui deciduali. Dove io mi scostavo dai precedenti osservatori si è sulla origine delle cellule grandi e giganti, parendomi non improbabile la loro derivazione da trasformazione regressiva di fibre muscolari. Questo tentativo di interpretazione nuova, di cui dovremo ancora occuparci, mi era specialmente suggerito dalla poca o niuna analogia che tra le più evidenti di queste forme e le forme più comuni di cellule deciduali normali mi riusciva di stabilire: è lo stesso concetto che più tardi faceva riprendere la via ad altri osservatori, quali per es. il Menge, per portare infine ad una interpretazione più fortunata, meglio applicabile a tutti i casi, che, senza abbandonare le linee generali del geniale concetto di Sänger, lo esplica oggidì in un modo più consono alle cognizioni attuali sulla anatomia della placenta.

Se non che, a breve distanza di tempo da queste prime mie osservazioni, un nuovo fatto mi forniva argomento ad un'altra pubblicazione che rientra pure nel nostro tema (5).

Pigorini Teresa, contadina di Suardi, d'anni 45, entra nella Clinica ostetrico-ginecologica il 23 Dicembre 1889. Fino ad un mese prima immune da qualsiasi ma-

lattia, mestruata sempre regolarmente dai 13 anni, la donna ebbe già 9 gravidanze perfettamente normali, con esito di parto naturale a termine e con puerperii regolari. Dopo un'ultima mestruazione regolare il 23 Agosto, ebbe un periodo di amenorrea, che dapprima essa dubitava indizio di una definitiva menopausa, ma che poi non tardò a mettere in conto di una nuova gravidanza. Al 9 Novembre si fece palese una discreta perdita di sangue, che si ripetè più ingente il 20: contemporaneamente il ventre andò incontro a rapido aumento di volume. Curata per un mese dal suo medico col riposo e con qualche emostatico, decise infine di ricoverare all'Ospedale. Quando fu vista da noi, si presentava come una donna di robusta costituzione, ma deteriorata da recenti perdite, donde l'anemia abbastanza spiccata e l'aspetto sofferente. All'addome si constata un tumore di consistenza molliccia, dalla forma tondeggiante, che dall'ipogastrio arriva fino al limite superiore della zona inferiore sopraombelicale. La forma, la consistenza, il rilievo su di esso di intenso soffio, fanno ritenere si tratti di gravidanza, e ciò viene confermato alla esplorazione dallo stato di mollezza del collo, e dalla espansione del segmento inferiore. Evidentemente però il volume dell'utero è sproporzionato alla presunta età della gravidanza, che, stando all' epoca dell' ultima mestruazione, dovrebbe essere di 4 mesi precisi. Questo dato, e con esso una certa dolorabilità dell'utero alla palpazione, la mancanza di ogni segno fetale, il modo di comportarsi delle emorragie, tutto contribuisce a far avanzare la diagnosi di probabile mola vescicolare. Pel momento, non essendo gravi le perdite, ci limitiamo a sorvegliare la donna. Nella sera del 26 Dicembre viene colta da lievi dolori col carattere delle contrazioni, ma non ne avverte il personale della Clinica. Solo al mattino successivo, si fanno più forti le contrazioni e si inizia copiosa perdita di sangue. Accorre il dott. Clivio e arriva in tempo ad assistere alla rapidissima, quasi violenta, espulsione di un enorme ammasso di vescichette della mola idatigena. Al brusco svuotamento dell'utero tiene dietro una emorragia tanto imponente da mettere in pochi istanti in gravissimo pericolo la vita della donna. Per la rapida adozione di tutte le misure dirette contro l' inerzia e contro l'anemia, non esclusa l'autotrasfusione e le iniezioni ripetute di etere solforico, si riesce a salvare la donna, che però resta per qualche ora tra la vita e la morte.

La massa delle vescichette espulse, liberata dai più grossi coaguli di sangue, dà un peso di 2350 gr.: viene raccolta e conservata nel museo della Clinica.

Dalla grave scossa riportata, non si riebbe la donna che assai lentamente; nella Clinica fu trattenuta, a cura della ostinata anemia, fino al 16 Febbraio, poi passata ad una sala medica, dove fu pure constatata la lentezza estrema con cui la donna andava ripigliando le forze: infine, dopo essere stata assoggettata a regolare cura ricostituente, potè far ritorno a casa discretamente ristabilita.

Il 27 Marzo del 1891 la vediamo ripresentarsi alla Clinica. La riconosciamo subito al suo pallore cereo che si è conservato in questo periodo di 15 mesi dall'espulsione della mola: ha anzi un aspetto terreo. È evidentemente emaciata, e il deperimento estremo contrasta col ricordo della robusta costituzione di cui era dotata. Dopo uscita dall'Ospedale fu discretamente bene; non si riebbe però mai al punto da riprendere i lavori, anzi ogni menomo sforzo le riesce molesto e causa di oppressione e dispnea: la dispnea si è accresciuta in questi ultimi tempi. Ebbe nell'intervallo qualche perdita sanguigna a ricorrenze mensili ma irregolari. Da circa 3 mesi si è accorta della presenza di una tumefazione all'ipogastrio, che da

allora è rimasta stazionaria. La mestruazione, comparsa l'ultima volta il 26 Febbraio, fu seguìta da una pausa di 8 giorni, ma poi la perdita sanguigna riprese e dura tuttora, sebbene in scarsa quantità. Del resto al ventre non risente alcun disturbo, se non nei momenti in cui tossisce o sternuta. Ed ha infatti frequenti colpi di tosse, che pei dati ascoltatorii, consistenti nella presenza di rantoli diffusi senza evidente diminuzione della risonanza, si crede di dover attribuire ad un catarro dei piccoli bronchi.

Un primo esame locale lascia il dubbio sulla natura reale della tumefazione uterina. Ripetuto l'esame il 30 Marzo, si trova l'utero grosso, espanso e molliccio il segmento inferiore, che dà quella sensazione pastosa caratteristica dell'utero gravido; integro e un po' rammollato il collo, chiuso il canale cervicale. La sonda penetra senza difficoltà alcuna fino alla profondità di 15 cent. Ritirata la sonda, esce qualche goccia di sangue.

Riunendo questi dati ai nostri ricordi sugli antecedenti della donna, è facile capire come si presenti alla mente il sospetto di una nuova gravidanza molare. Contrastano però parecchi segni, e specialmente la mancata sospensione mestrua, lo stazionario volume dell'utero, sicchè si rimane in dubbio fra una anormale gravidanza e la esistenza di un eventuale tumore uterino. Riproponendoci di visitare ancora l'indomani la donna, la si riporta nel suo letto. Non ha sofferto in nulla dall'esame. Alla sera è ilare, e conversa colle compagne. Di notte è sentita dalle vicine rantolare nel letto: accorro pronto alla chiamata, e la trovo morente, colpita evidentemente da sincope. La morte fu quasi istantanea, non preceduta da attacchi dispnoici.

All'autopsia nulla di anormale si riscontra al cervello. Al torace si trova un cuore piccolo, con aderenza della punta al pericardio parietale. Muscolatura di colorito grigiastro. Ateroma delle arterie coronarie. Stenosi dell'orificio aortico per coartazione rigida del margine delle valvole. Ateroma dell'arco dell'aorta in vicinanza al margine delle coronarie. Risultato negativo ha la ricerca di eventuali emboli nelle diramazioni delle arterie coronarie.

I polmoni, di colorito livido e turgidi, sono assai pesanti e disseminati da numerosissimi nodetti, che si distinguono alla vista per il rilievo che fanno sotto la pleura viscerale, e al tatto per la consistenza granulosa che conferiscono al polmone.

I più grossi non raggiungono la grossezza di un pisello: hanno in gran parte al taglio un colorito rosso-bruno. La distribuzione dei nodetti è uniforme in tutti i punti del tessuto polmonare.

All'addome il fegato appare normale: piccola e normale la milza: così pure l'intestino che ha pareti molto iniettate.

Nei reni la sostanza corticale è nettamente distinguibile dalla midollare, che ha un colore rosso cupo.

La capsula è facilmente separabile.

L'utero si presenta grosso come la testa di un neonato: le sue pareti hanno un aspetto livido, con un rilievo irregolare per nodetti disseminati sulla parte mediana della parete anteriore: anche sulla parete posteriore si scorge il rilievo formato da un altro nodetto sottosieroso, della grossezza di una nocciuola. La consistenza dell'utero è elastica e fluttuante, come se vi esistesse un contenuto liquido.

Aperto l'utero dopo indurimento in liquido del Müller, vi si trova una cavità ampia a pareti liscie. La parete uterina macroscopicamente appare normale nel

segmento inferiore: in alto si direbbe che i fasci muscolari vadano soggetti a divaricamento per accogliere fra di loro delle masse irregolari di una sostanza di aspetto midollare spugnoso. Il microscopio dimostra la cavità uterina tutta tappezzata da una caratteristica decidua. Il passaggio da questa al sottoposto strato muscolare si fa dovunque in modo quasi netto, senza forme di passaggio od infiltrazioni di cui si possa nella decidua stessa cercare il punto di partenza. Nella zona del tumore dilatazione anormale dei vasi, che presentano nello spessore delle pareti una infiltrazione fittissima di piccole cellule rotonde paragonabili a leucociti. Più in là i fasci muscolari sono divaricati: nel lume di molti vasi si notano delle speciali produzioni, che a prima vista dànno l'impressione di ammassi epiteliali. Tali ammassi offrono alla periferia una specie di membranella, formata da una massa protoplasmatica granulosa, nella quale si trovano disseminati dei grossissimi nuclei a forma ovale o sferica. All'interno di questo strato protoplasmatico si trovano ammassate delle cellule, pigiate le une contro le altre, a forma poliedrica con nucleo ovale, e con manifeste forme cariocinetiche. Dove la lesione è più avanzata le masse si vedono concresciute colle pareti vasali: nel centro del tumore non si discerne più nettamente una struttura, ma si riconosce una rete formata da fasci muscolari divaricati, e un sistema di vacuoli contenenti i residui disgregati degli ammassi cellulari. L'identica struttura si riscontra lungo i vasi del legamento largo e nello spessore delle pareti tubariche, nell'ovaio e nei polmoni. Gli ammassi cellulari sono in numerosi punti scavati da canali contenenti sangue: l'interna parete di questi spazii sanguigni pare costituita da un orlo protoplasmatico, analogo a quello che ricopre la superficie esterna delle curiose produzioni.

Ho voluto riprodotta per esteso la descrizione anatomica perchè, rivedendo oggi i preparati, nulla trovo da aggiungere o da togliere alla descrizione antica, od ai disegni che la riproducevano: così pure mi lusingo poter in seguito dimostrare che l'interpretazione da me data allora al fatto clinico ed anatomico, tenuto anche conto delle più recenti nozioni sulla struttura della mola vescicolare, regge ancora in ogni suo punto, e resiste alle critiche che le furono mosse specialmente dal Gottschalk.

E l'esperienza altrui, omai larghissima, si incaricò di dimostrare la attendibilità, si può dire punto per punto, delle conclusioni cui io venni in quella nota, specialmente sulla possibile malignità della mola, sulla sua diffusione per la via vascolare, sulla possibilità che una malattia essenzialmente fetale si trasporti nell'organismo materno: sulla convenienza infine, da me allora altamente affermata, di un intervento operativo radicale colla isterectomia.

4.° Ed eccoci al caso di Gottschalk, che tanto rumore sollevò attorno a sè per averlo l'autore voluto distaccare completamente nella sua

interpretazione anatomica da quanto prima di lui erasi detto, sì da crearne una forma nuova, in unico esemplare, sebbene avesse il suo evidente paradigma nei dettagli di struttura del tumore, nel caso da me descritto (6).

La donna Bischoff, d'anni 42, ebbe 2 aborti, poi due parti a termine, poi di nuovo un aborto. L'ultima mestruazione viene in scena nel Dicembre 1891: seguono segni di gravidanza. Il 10 Febbraio 1892 emorragia, espulsione di lembi di decidua. Il 18 Febbraio raschiamento. Il 21 si presenta all'orificio uterino un tumore spugnoso che si potè distaccare facilmente dal fondo dell'utero. Per 6 settimane benessere, poi nuove emorragie. Nuovo raschiamento il 28 Aprile. Il 24 Giugno emorragie sì profuse da dare deliquio: si raccolgono dalla cavità uterina delle manate di tessuto rossiccio, spugnoso. Coll'anemia grave esistono accessi spasmodici di tosse. Il 23 Luglio è vista da Gottschalk, che nell'estrazione digitale di nuove masse constata delle profonde depressioni nella parete, tali da minacciarne la perforazione. L'esame microscopico dimostrò una neoformazione sarcomatosa dei villi placentari. Il 13 Agosto brivido e febbre a 40°. Il 16 Agosto isterectomia. Guarigione rapida; immediata scomparsa degli accessi di tosse. Il 28 Novembre 1892 G. presenta il caso alla Società Medica di Berlino come il primo riconosciuto sulla vivente e guarito, di sarcoma-chorion *(deciduoma malignum)*. Pur troppo però il risultato operativo è solo transitorio; 4 mesi dopo l'operazione appare albumina nell'urine, più tardi punture al torace, senza tosse; disturbi nervosi di mobilità e di senso, cefalea, comparsa di un tumore renale; l'urina si fa torbida e nel sedimento si trovano elementi simili a quelli del tumore primitivo. Rinunciato pel collasso della paziente, ad un tentativo di nefrectomia, la donna viene a soccombere nel delirio e con fenomeni di paralisi l'11 Marzo 1893.

La struttura anatomica del tumore, delle metastasi ai polmoni, alla milza, al rene sinistro è tale da indurre il Gottschalk nella diagnosi di sarcoma dei villi coriali. Le formazioni il cui aggruppamento costituisce il tumore, sono formate da uno strato epiteliare e da uno stroma. Quanto all'epitelio esso presenta tutti i caratteri dello strato plasmodiale o protoplasmatico dei villi. Quanto allo stroma è così profondamente mutato da presentare appena una lontana rassomiglianza collo stroma normale. Niente tessuto mucoso; il suo posto è occupato da cellule molto ricche in protoplasma, grandi, addossate senza intromissione di sostanza cellulare. Colle cellule dello stroma normale non hanno nulla di comune. Vi mancano completamente anche i vasi: è formato da cellule uniformi, regolarmente poligonali, per lo più esagonali, i nuclei sono molto meno ricchi in cromatina che non quelli dell'epitelio. Tanto lo strato protoplasmatico che lo stroma presentano formazione di vacuoli. Nelle metastasi i villi sono formati prevalentemente, anzi esclusivamente, dallo strato epiteliare protoplasmatico.

Da questi dati volle il Gottschalk desumere la completa dissimiglianza del suo caso dai precedentemente descritti. Ora non v'è chi non veda che, a parte l'interpretazione da me data dello strato cellulare in-

terno delle formazioni villose, la descrizione di Gottschalk si attaglia fedelmente in tutti i menomi dettagli a quella da me data, sia nella struttura dello strato protoplasmatico, sia nell'ammasso di cellule poligonali senza sostanza intercellulare, sia nella formazione di vacuoli, sia perfino in un carattere, a cui il Gottschalk sembra attribuire la massima importanza come carattere specifico del villo maligno, la struttura cioè dei nuclei epiteliali, irregolari, grossi, ricchissimi di cromatina che da me erano stati descritti ed effigiati. La speciale importanza del lavoro del Gottschalk sta nelle tavole, che sono l'evidente rappresentazione della realtà.

5.° Köttnitz ha collaborato con Schmorl nell'illustrazione di un caso che, senza distaccarsi sensibilmente dai precedenti, si presenta a sua volta con un nome nuovo (7).

Una donna IIIpara di 25 anni presenta delle emorragie dopo un parto normale. Esplorata dopo 4 settimane la cavità uterina, vi si trova nel fondo un così detto polipo placentare, colla cui rimozione l'emorragia si arresta, poi riprende sia dall'utero, sia dalla ulcerazione di due tumori a forma varicosa apparsi nel frattempo in vagina. Si interviene col raschiamento, col tamponamento, ma insorge febbre, poi si ripete la comparsa di nodi vaginali e 10 settimane dopo il parto la donna viene a morire, l'11 Ottobre 1892. All'autopsia si incontrano nel polmone degli infarti emorragici e veri nodi metastatici. All'esame microscopico del tumore principale si vide che ne formavano parte elementi deciduali e placentari. Prima della morte la paziente aveva presentato offuscamento della intelligenza, febbre, tosse secca.

A differenza dei casi antecedenti, se è in questo di Köttnitz tipico il quadro clinico, si lamenta la mancanza di qualche maggior dettaglio sulla minuta struttura istologica degli allegati elementi deciduali e placentari. Nè maggiori dettagli aggiunge lo Schmorl, che essendosi occupato della parte anatomica della osservazione di Köttnitz, ha pure portato il contributo di due sue osservazioni, delle quali la prima rientra indubbiamente nel nostro quadro.

Dodici settimane dopo il parto si manifestano delle emorragie che recidivarono e nel termine di sei mesi portarono a morte la donna. Reperto identico al caso di Köttnitz. In un secondo caso una neoformazione della stessa natura, originata dalla inserzione placentare, ma invadente solo gli strati più superficiali dell'utero, fu vista come reperto accidentale in una donna morta di tifo otto settimane dopo il parto.

Preoccupato come gli altri della questione patogenetica, lo Schmorl rigetta per questi casi la qualifica proposta dal Gottschalk, e trova necessario di tenerli nettamente distinti anche dai così detti deciduomi, proponendo, per non pregiudicare la questione, la denominazione, certo nè chiara nè elegante, di blastoma deciduochorioncellulare.

6.° Löhlein ha, al pari di Gottschalk, la fortuna di poter diagnosticare la lesione in tempo per un intervento operativo, col risultato di prolungare di un anno la vita della paziente, ma non di impedire l'ulteriore diffusione del processo (8).

Katharina B., d'anni 47, espelle nel Maggio 1890 una grossa mola, di volume calcolato a 3-4 litri. Il 17 Maggio 1892 si constata una specie di polipo placentare che occasionando delle emorragie viene rimosso col raschiamento. Dopo una apparente guarigione ricompaiono le emorragie, e diagnosticata nel frattempo la probabile natura del male, si interviene l'8 Agosto 1892 colla isterectomia. Stette poi bene fino al Luglio dell'anno successivo, epoca in cui comparve tosse e dispnea coi segni di una pleuropneumonite; però lo sputo rosso chiaro spumoso, la mancanza o leggerezza dei rialzi termici, e la progressiva diffusione del processo alle due parti parlavano chiaramente per una metastasi sarcomatosa. Sgraziatamente però, morta la donna, non si potè ottenere l'autopsia (9).

Anche il Löhlein porta la sua nota personale nella descrizione anatomica: è vero che qua e là esistono depositi di grosse cellule deciduiformi dissocianti le fibre muscolari, ma in gran parte il neoplasma risulta di nidi di cellule sarcomatose rotonde. A rigore di parole si tratterebbe di un *sarcoma dell'utero in parte deciduo cellulare post mixoma chorii*, mentre il tumore descritto da Sänger sarebbe essenzialmente costituito da cellule deciduali.

7.° Nové Josserand e Lacroix ci forniscono una delle più accurate descrizioni anatomiche di un caso pure curato coll'isterectomia, e fino ad oggi da ritenersi radicalmente guarito (10).

Aglae R., d'anni 24, entra nella Clinica di Lione il 5 Giugno 1893. Ebbe l'ultima mestruazione nel Dicembre 1892. In Marzo ebbe emorragia ed espulsione di una voluminosa mola: poi nuove emorragie. In Clinica si pratica la dilatazione del collo: sulla faccia anteriore della cavità esiste un punto rammollato. Praticato un raschiamento, e di fronte all'apparente guarigione, si dimette la donna. Nel frattempo, avendo l'esame del raschiamento lasciato sospettare dell'esistenza di un cancro del corpo dell'utero, si invita la donna a rientrare in Clinica, ove viene operata di isterectomia vaginale il 12 Luglio 1893. Guarigione.

All'esame istologico il neoplasma non presenta alcun limite preciso: risulta da due sorta di elementi; vere cellule giganti con nuclei colossali e fortemente colorabili, e cellule più piccole di volume medio, che assomigliano ad una cellula connettivale priva delle sue espansioni protoplasmatiche. Nella disposizione complessiva del neoplasma si distinguono varie zone: in una periferica fra i fasci muscolari vi è una forte infiltrazione di globuli bianchi. In una zona media in mezzo a questo connettivo ricco di leucociti appaiono le cellule grosse del deciduoma che a livello dei fasci muscolari si internano fra le fibre dissociandole; le fibre stesse mostrano segni iniziali di necrosi. Le cellule traversano l'avventizia e la muscolare dei vasi, e si spandono nella tunica interna, sollevandone l'endotelio che infine cede, e le cellule fanno irruzione nella corrente sanguigna. Nello studio accurato delle cellule giganti si vede che in alcuni punti di dettaglio esse differiscono dagli elementi della caduca, specialmente per la diversità delle forme nucleari.

Come si vede, il reperto non è che la constatazione precisa di quanto dagli osservatori precedenti fu detto, corredata da dettagli interessanti sulle forme delle cellule giganti. A parte la pretesa di avere pei primi dimostrata la stretta relazione che esiste tra gli ammassi cellulari e la proliferazione del neoplasma negli spazii vascolari, pretesa che si può solo mettere in conto dell'ignoranza in cui gli autori erano di alcuni studii congeneri, l'interesse speciale del caso è costituito dalla persistente guarigione dopo l'isterectomia.

8.° Fränkel porta nella questione una nota nuova col localizzare il potere maligno infettante al solo epitelio o strato protoplasmatico dei villi coriali (11).

Hermine P. di Greisswald, d'anni 25: ultima mestruazione in Aprile 1892. Alla fine di Giugno emorragie, al 18 Luglio espulsione di una mola: svuotamento digitale dei residui. Superata una flebite con trombosi, esce guarita dalla Clinica. Il 14 Marzo 1894 si ripresenta con un tumore che sposta l'utero a sinistra e che cresce rapidamente. Cistorragia: una broncorragia. Il tumore viene inciso per vagina dando esito a solo sangue. Il 29 Marzo laparotomia, esportati due tumori ovarici: incisione di una massa che fa corpo coll'utero, da cui escono masse rossiccie che in parte assomigliano a villi placentari. Dopo tre mesi, durante i quali si rinnovano delle cistorragie, compaiono nei fornici vaginali dei tumoretti in parte esulcerati, e si manifesta tosse; la donna muore d'esaurimento il 9 Giugno.

All'autopsia si trovarono metastasi alla milza, alla parete posteriore della vescica, nel parametrio. Al microscopio vi si vedono masse di protoplasma di diversa forma e grandezza: in esse disseminati dei nuclei di volume straordinario e ricchissimi in cromatina. Il protoplasma si colora fortemente coll'eosina e pare omogeneo. Qua e là dei vacuoli. Un gran numero di mitosi si osservano nei nuclei. In alcuni punti le masse di protoplasma isolate hanno l'aspetto di cellule giganti. La stessa struttura nelle metastasi.

Dall'accurata descrizione del Fränkel pare giustificata la conclusione che il tumore, maligno perchè distrugge i tessuti e dà luogo a metastasi, è essenzialmente epiteliale ed ha i caratteri proprii dell'epitelio dei villi; sarebbe dunque un cancro dell'utero derivato dall'epitelio dei villi coriali. Sebbene sia mancato l'esame degli organi del torace, è presumibile che i sintomi polmonari accennassero a metastasi in quella regione: caratteristica poi del caso la metastasi vescicale per la prima volta osservata. Che lo stesso caso sia stato illustrato dal Perske (12) come un sarcoma deciduale si spiega col reperto, però solo affatto parziale, di alcuni gruppi di cellule di carattere connettivale affatto simili alle deciduali, che però non si incontrano nella zona d'invasione del male e in nessuno dei nodi metastatici. Noi che abbiamo trovato ancora un rivestimento deciduale all'utero 15 mesi dopo l'espulsione di una mola, non ci maraviglieremo di questo reperto, tanto più che, le cellule deciduali non parvero prendere parte alcuna alla formazione del tumore.

9.° Un nuovo tentativo di classificazione anatomica lo vediamo fatto dal Klien, che per un tumore insorto coll'ormai classico quadro dopo la espulsione di una mola, parla di un sarcoma giganto-cellulare (13).

L'ammalata, di 27 anni, espulse il 12 Marzo 1893 una mola vescicolare. Dal Settembre si manifestò ingrossamento dell'utero, in Novembre il solito nodo vaginale, poi un brivido, e con forme settiche la morte. Al microscopio varie sorta di cellule: le une grandi con nucleo assai ricco di cromatina, e delle forme più diverse: le altre piccole tondeggianti, alcune fusate. Fra le cellule grandi alcune ne descrive di gigantesche per le quali cerca un raffronto nei casi di Pestalozza e di Nové Josserand: per le altre fa il confronto colle cellule deciduali.

La descrizione forse un po' confusa del Klien lascia però intendere che per gli elementi giganti egli non è proclive ad ammettere, stante la notevole dissimiglianza, l'origine deciduale, e piuttosto inclina all'opinione mia che si trattasse di trasformazione di fibrocellule muscolari.

10.° Dal concetto dei primi osservatori di poco si scosta il Menge il cui lavoro è accompagnato da figure che, per confronto colle precedenti, si prestano a confermare la stretta parentela esistente fra tutte le modalità di questo gruppo di tumori. Dei due casi l'uno fu operato di isterectomia, l'altro passava ad apparente guarigione con un semplice raschiamento (14).

I. S. 35 anni, gravida al sesto mese, entra il Dicembre 1892 alla Clinica di Lipsia, con emorragie e febbri. Il 28 Dicembre espulsione di una mola. Persistono le febbri. L'8 Gennaio però esce guarita. Il 7 Luglio 1893 rientra per nuove emorragie. Dilatato il collo, si sente sulla parete anteriore dell'utero un nodo emisferico che vien rimosso col raschiamento. Si credette ad una endometrite poliposa emorragica e la paziente fu licenziata, apparentemente guarita, il 16 Luglio. Tre settimane dopo nuove emorragie, rientra in Clinica. Utero ingrossato: dilatato il collo si esportano delle masse di aspetto placentare. Diagnosi clinica di deciduosarcoma. L'11 Agosto isterectomia totale: durante questa si è sgradevolmente sorpresi di trovare nel fornice destro un tumore grosso come una nocciuola, bluastro sotto la mucosa vaginale, assai simile ad un nodo varicoso e che sette giorni prima non esisteva di certo. La donna esce dalla Clinica in 53.ª giornata. Tre mesi e mezzo dopo stava bene, però sulla parete destra della vagina, presso l'introito si vedeva un nodo grosso più di una noce che dopo 10 giorni presentava punti necrotici. La donna moriva 6 mesi dopo l'operazione.

All'esame microscopico si trovarono due sorta di elementi: gli uni piuttosto rassomiglianti ad elementi epiteliali il cui protoplasma è rimasto scolorito, gli altri che sembrano fibre muscolari aumentate di volume. Di tanto in tanto cellule giganti con vacuoli e molti nuclei. Distruzione estesa della muscolare, sia per infiltrazione di cellule connettivali, sia per diretta trasformazione delle cellule muscolari stesse. Non ha trovato elementi che abbiano aspetto coriale. Nella metastasi vaginale descrive e ritrae delle cellule giganti polinucleate (hanno però tutto l'aspetto di un sincizio) e dice non aver trovato cellule coriali.

II. E. B., 18 anni: gravida per la prima volta nel Luglio 1893. Alla fine di Settembre emorragie: l'utero è grosso come al 6.° mese: mola: svuotamento. Sei settimane dopo nuove emorragie: nella cavità uterina si trovano masse fragili: raschiamento. Nel prodotto del raschiamento si trovano cellule deciduali con nucleo grosso facilmente tingibile. Queste cellule si trovano disseminate anche nella muscolatura. Un nuovo raschiamento diede luogo ad un notevole miglioramento: e la paziente lasciò la Clinica.

È notevole la grande importanza che il Menge dà alla presunta derivazione degli elementi giganti dalle fibro-cellule muscolari, arrivando a farne qualche cosa di specifico pel deciduo sarcoma. E il non aver egli trovato elementi di aspetto coriale starebbe a provare quante diverse interpretazioni si possano dare di una stessa apparenza: perchè in realtà nulla che assomigli più ad un ammasso di epitelio coriale della figura 5 *a* nella tavola annessa al suo lavoro. Quanto al frequente intervento della mola vescicolare nella eziologia, il Menge, fedele alla tradizione dell'origine deciduale, lo vuole spiegare dicendo che una primitiva alterazione sarcomatosa della decidua predispone alla degenerazione mixomatosa del chorion.

11.° Al concetto di un'origine ovulare del neoplasma sembrano invece avvicinarsi Hartmann e Toupet, confortati dall'opinione del Cornil (15).

M. V., anni 25, entra il 23 Marzo 1893 nel servizio di Terrier. Partoriva 18 mesi prima a termine. Il 15 Settembre metrorragia che poi si rinnovò ad intervalli. Dilatazione dell'utero, rimozione di frammenti placentari. Persistendo le perdite e aumentando il volume dell'utero si pensa ad una isterectomia. Vi si rinuncia per l'estrema gravezza dei sintomi: la donna muore il 26 Aprile 1893. L'autopsia è limitata all'utero ed annessi. Al microscopio il tessuto neoplastico appare disposto in forma di villosità ricoperte da uno strato protoplasmatico, che in alcuni punti simula delle cellule giganti. Le figure disegnate dal Cornil sono affatto analoghe a quelle d'un villo, con sincizio molto spesso.

Coerentemente all'aspetto macro e microscopico del tumore, gli autori accettano la denominazione di sarcoma chorio-cellulare. È da notarsi che le apparenti villosità contengono, fatto nuovo nella storia di questi neoplasmi, non dei semplici spazii sanguigni, ma dei veri vasi con proprio endotelio, a giudicarne dalla figura del Cornil, a meno che non si tratti dell'inesatta riproduzione di un fatto, simile a quello da me accennato, di spazii cioè limitati da un orlo protoplasmatico derivante dall'epitelio coriale.

12.° Che gli stadii iniziali del male si prestino ancora ad uno scambio diagnostico lo prova il caso di Jeannel; fortunatamente l'errore finì ad un risultato buono per la paziente (16).

M. P. E., d'anni 26. Nel Gennaio 1893 ritardo mestruale poi metrorragia. Operazione per creduti fibromi, isterectomia vaginale il 3 Maggio 1894. Guarigione.

Esame microscopico: fibre muscolari dissociate da sangue e da cellule di aspetto particolare, molto grosse, alcune con molti nuclei ricchi di sostanza cromatica e affatto analoghe alle cellule deciduali.

13.° Siccome per necessità di una più estesa illustrazione mi conviene rimandare a più avanti i casi da me presentati alla Società Ostetrica Italiana nell'Ottobre 1894, ci troviamo, saltando l'ordine cronologico finora adottato, di fronte alla più importante forse delle monografie cui l'interessante argomento abbia offerto l'occasione, quella di Marchand (17). È il primo serio tentativo di unificazione là dove finora non regnava che il più radicale disaccordo: è la efficace risposta al voto da me espresso in quella Società « che si tenga fermo il concetto dell'unità

» del quadro morboso, evitando i troppi nomi per una lesione real-
» mente unica. »

I. Marg. D., d'anni 17, soffrendo da tempo di metrorragie viene portata alla Clinica di Ahlfeld il 14 Giugno 1894. Dagli ultimi del 1893 i periodi mestruali si sono fatti irregolari. Il 9 Giugno dopo alcune ore di dolori colici viene in scena perdita profusa di sangue a grumi. Nella Clinica si trova nella parete anteriore della vagina presso al tubercolo uretrale una sporgenza della grossezza di una nocciuola: una soluzione di continuo su di essa porta in una piccola cavità occupata da masse molli polipose, sanguinanti con estrema facilità. Utero di grossezza normale e mobile. Raschiata la piccola cavità il prodotto del raschiamento viene consegnato a Marchand per l'esame: il risultato è trattarsi di masse molto analoghe a quelle descritte da Gottschalk. Per quanto si ritorni sull'anamnesi, non si trova appoggio all'idea di un preceduto aborto. La D. confessa però d'aver avuto delle coabitazioni. Al 20 Giugno presso il primo tumore se ne vede insorto un altro, un po' più a sinistra, non ancora ulcerato, e con superficie bluastra: anche questo viene raschiato e cauterizzato. Si raschia a scopo di esame anche la mucosa uterina. Il 21 Giugno 40. 6, comparsa di dolori articolari: il 3 Luglio si evacua un ascesso a streptococchi alla spalla sinistra. Frattanto è comparso un tumore teso sopra la sinfisi, che si distacca dall'utero. Si viene nel concetto di un deciduoma svoltosi nella mucosa della tuba gravida, con metastasi in vagina e forse in altri organi. Il 4 Luglio fenomeni di peritonite: laparotomia, morte nella narcosi.

All'autopsia si trova la cavità peritoneale occupata da liquido: a sinistra dell'utero un tumore grosso quanto un pugno, che ha aderenze all'omento, alla vescica, all'intestino. In questo tumore esiste una lacerazione. La sua cavità è occupata da una massa villosa molliccia che ricorda il tessuto placentare. Sulla parete vaginale una perdita di sostanza, e presso a questa dei piccoli nodi rosso-bruni: in vicinanza, delle vene trombizzate che si spingono in alto fino al parametrio.

Esame microscopico. La massa risulta da due costituenti intrecciati: elementi irregolari, ramificati, plurinucleati, il cui protoplasma si lascia tingere: e masse cellulari che riempiono gli spazii esistenti fra quelli: in terzo luogo da un sistema di cavità irregolari che contengono corpuscoli rossi, leucociti e reticoli fibrinosi.

La parte protoplasmatica presenta un contorno di finissime ciglia o meglio fibrille di protoplasma che starebbero a rappresentare i confini di altrettanti vacuoli. Marchand la qualifica per sincizio polinucleato: forma la parete propria degli spazii sanguigni. Manda anche dei prolungamenti che terminano tondeggianti. I nuclei del sincizio sono di struttura e volume ben diversi, granulosi: contengono uno, due o più nucleoli. La membrana nucleare è spesso dentellata, e le pieghe che forma possono simulare una rete di cromatina molto fitta, il che non è. Non vi si trovano evidenti mitosi. La parte cellulare ha un aspetto più chiaro. Le cellule sono poliedriche, qualcuna ovale. Non vi è sostanza intercellulare, donde l'aspetto epitelioide. Il corpo cellulare è chiaro, trasparente, qualche volta con aspetto reticolato. Il nucleo semplice, con uno o due nucleoli, con reticolo nucleare distinto e membrana nucleare. Numerosissime le figure cariocinetiche, 3-4-5 in un campo del microscopio. Lc cellule in mitosi si distinguono per speciale volume e trasparenza. Le mitosi si distinguono per notevole grandezza e forma irregolare. Le anse

di cromatina molto numerose, ma spesso irregolarmente disposte. Non riesce però di dimostrare l'esistenza di mitosi pluripolari. Il fuso è difficilmente visibile.

Nei preparati in alcool si potè dimostrare la presenza di glicogene nelle masse cellulari, mentre manca nel sincizio.

Tutto questo assai evidente nella metastasi vaginale.

II. Certa B., d'anni 34, ebbe 9 parti, l'ultimo normale il 26 Novembre 1893. Dopo 3 settimane insorsero emorragie che si ripeterono il 1.° Aprile 1894. Il medico rimosse due manate di masse carnose rossiccie sedenti sull'impianto placentare. Non cessarono le emorragie, e il 19 Aprile 1894 veniva inviata all'Ospedale evangelico di Bochum. L'utero ingrossato è retroverso: nella cavità sul fondo si trova un tumore molliccio che si lascia rompere dal dito: risultandone una perforazione della parete, si associa subito da Everke l'isterectomia vaginale il 20 Aprile 1894. Guarigione.

L'esame microscopico fornisce lo stesso identico reperto che nel primo caso: masse protoplasmatiche (sincizio) ed elementi cellulari poliedrici di aspetto epiteliale. In alcuni punti il sincizio è così assottigliato da poter essere scambiato con uno strato endoteliale. La muscolatura è degenerata, ma la colorazione di Gieson permette di distinguerne gli elementi dalle cellule epiteliali.

Un nodo si trova, colla stessa struttura, nel legamento largo.

Preparati della parte ulcerata dell'utero lasciarono distinguere alla superficie un fitto agglomeramento di streptococchi.

Non è qui il momento per seguire il Marchand nella fine critica comparativa, che lo porta ad accomunare nella interpretazione sua tutti i casi finora descritti nella letteratura. Però, mettendo in rapporto le sue constatazioni di fatto con quanto oggi si ritiene meglio dimostrato riguardo alla struttura dei villi coriali, si può già arguire quale sia la conclusione del Marchand: trattarsi cioè sempre di tumori prevalentemente epiteliali, e le due sorta di elementi rispondere perfettamente ai due strati dell'epitelio del villo, il sinciziale cioè o protoplasmatico, ed il cellulare.

14.° Tannen, che si attiene ancora all'ipotesi di Sänger, dà somma importanza come criterio diagnostico nell'esame dei prodotti di raschiamento al reperto di striscie di cellule deciduali interposte fra le singole fibrocellule muscolari (18). Anche il suo caso ripete la prima origine da una mola vescicolare.

La donna F., d'anni 23, ebbe 3 gravidanze, la terza terminata nel Luglio 1893 colla espulsione di una mola. Tennero dietro delle emorragie per tre settimane, poi stato di benessere. Alla fine di Gennaio 1894 arresto delle mestruazioni: in Marzo emorragie. Il 28 Aprile raschiamento di masse considerate per resti abortivi. Il

16 Giugno nuovo raschiamento: è dall'esame di questo che sorge il sospetto trattarsi di un deciduoma. Vi si distinguono infatti delle voluminose cellule deciduali delle ben note forme: alcune segnano il passaggio alla forma rotonda o fusata. Dal fatto che queste cellule si insinuano fra le fibre muscolari disgregandole e distruggendole si arguisce la natura maligna del male, e si procede perciò alla isterectomia il 30 Giugno. Il giorno dopo l'operazione cessano la febbre ed il vomito che duravano da tempo. Guarigione.

15.° Più eclettico si dimostra lo Schauta, disposto ad ammettere la possibile compartecipazione sia delle cellule deciduali, sia dell'epitelio del villo, sia anche del suo stroma. Per il suo caso propende però ad ammettere una struttura esclusivamente deciduale (19).

Si tratta di una donna Vpara, di 29 anni. La 5.ª gravidanza era stata disturbata da ripetute emorragie. Ebbe l'ultima mestruazione in Marzo 1894. All'ingresso in Clinica il 9 Ottobre 1894 l'orificio dell'utero permeabile al dito lascia sentire una *mola:* svuotamento digitale e tamponamento con garza. L'11 Novembre nuova emorragia, anemia grave: Fleischl 50 0[0. Si avverte l'utero ingrossato da masse molliccie: sulla parete vaginale posteriore, a destra della linea mediana, si trova un nodo della grossezza di una noce, bluastro: sulla parte sua più sporgente la mucosa vaginale è sottile e aderente: nel resto perfettamente normale. L'esame microscopico dà il reperto tipico di un sarcoma deciduale. Esportazione totale dell'utero e del nodo vaginale. Esce guarita il 20 Dicembre.

Al microscopio il tumore appare composto di cellule che hanno la maggiore analogia colle deciduali, anzi possono considerarsi identiche ad esse, e fra queste cellule deciduali dei villi coriali pochissimo alterati. In alcuni punti si direbbe che l'epitelio sia in proliferazione. Ma considerando minutamente si vede trattarsi di cellule deciduali proliferate che si sono messe in contatto coll'epitelio coriale. Il nodo vaginale risulta delle stesse cellule deciduali, così pure i nodi trovati nelle due ovaie.

Anche qui dunque la solita concatenazione: mola, tumore uterino, tumore vaginale: ed è notevole che una guarigione, non sappiamo però di quale reale durata, si sia ottenuta ad onta della coesistenza della metastasi vaginale: lo Schauta a dire il vero più che ad una metastasi pensa pel nodo vaginale ad un innesto diretto.

16.° Anche nella razza nera si doveva incontrare la nuova malattia, ed è il Whitridge Williams che ce ne descrive il primo caso. Penetrato delle recenti idee sull'origine materna del rivestimento esterno del villo che sarebbe dato dalle cellule trasformate dell'epitelio uterino, il concetto del Williams è che si tratti di un tumore prodotto dall'epitelio dei villi, e quindi originariamente di provenienza materna (20).

Si tratta di una negra di 35 anni, che il 15 Aprile 1894 partoriva un feto morto. Una settimana dopo la madre si accorge di un piccolo nodo nel grande labbro di destra: dopo tre settimane è cresciuto al volume di una nocciuola e diventa necrotico. Morte per setticemia il 12 Luglio. La diagnosi clinica era: ematoma gangrenoso della vulva, e morte per setticemia. All'autopsia nel fondo dell'utero si trova un piccolo nodo: uno più piccolo sulla parete posteriore. I polmoni disseminati di nodi metastasici ad apparenza spugnosa: metastasi analoghe nella milza, fegato, reni, una nell'ovaio destro. L'esame microscopico rivela il carattere emorragico: in alcune porzioni del tumore si trovano cellule nucleate rassomiglianti a cellule giganti. In altre porzioni del tumore si trovano striscie di tessuto con gran numero di nuclei ma senza confini cellulari. Il tumore non offriva traccie di vasi sanguigni: in altri termini nulla che indichi che le cellule derivassero dalla decidua. La struttura del tumore rassomiglia assai a quella dei villi coriali. Invece di derivare da cellule deciduali, come fu supposto, questo tumore deriva dallo strato esterno dei villi coriali, il quale a sua volta risulta dalle cellule trasformate del rivestimento uterino. Perciò in questo caso il tumore è essenzialmente carcinomatoso. In vista però della differenza di opinioni e del fatto che tutti presentano la identica storia clinica, è bene ritenere il nome originale di deciduoma maligno.

17.° Col diffondersi della conoscenza della malattia, aumentano di numero i casi di precoce intervento radicale, i soli da cui possa aspettarsi un esito buono definitivo. Fra questi figura anche il caso del Kuppenheim (21).

Signora D. G., d'anni 33, cinque parti: l'ultimo il Giugno 1894, circa due mesi prima del termine. Tre settimane dopo il parto profuse emorragie, rimozione manuale di alcuni frammenti che facevano l'impressione di residui placentari. Aggravandosi i sintomi, il 22 Agosto 1894 isterectomia. Guarigione. L'esame microscopico dimostrò cellule grandi epitelioidi (deciduali) con evidenti figure cariocinetiche che si spingevano fra i fasci muscolari.

18.° Ultimo lavoro d'assieme sull'argomento è quello di Bacon (22). Per lui la malignità del tumore dipende realmente dalle cellule deciduali che lo compongono, e che egli qualifica per cellule penetranti. Queste disgregano le fibre muscolari e ne causano una degenerazione, per la quale spesso vengono le fibre ad assumere forme rassomiglianti alle cellule proprie del tumore. Le cellule deciduali avrebbero sempre, anche in casi normali, una certa tendenza a migrare nella muscolatura adiacente. La resistenza a tale invasione dipende dallo stato normale della muscolatura uterina. Se la resistenza dei tessuti è scemata, è probabile che l'invasione della decidua si spinga al di là dei limiti normali. È ragionevole supporre che la mola possa essere un fattore capace di sce-

mare questa resistenza del tessuto uterino. A questo concetto egli è guidato dall'esame di un caso occorso nella clinica di Rosthorn.

Anna P., d'anni 48, entra all'Ospedale il 13 Giugno 1893. Nel Dicembre 1892 partorì una mola. Il 16 Giugno raschiamento, estrazione di residui placentari. Il 17 fenomeni di polmonite. Passata nella Clinica di Jacksch vi muore il 25 Giugno. All'autopsia i polmoni contenevano numerosi noduli rotondi od ovali, fino a 3 cent. di diametro. Utero lungo 13 cent., pareti spesse 3 cent. con diversi nodi. Nel contenuto delle cavità pleuriche e peritoneale e nel sangue del cuore vennero raccolti abbondanti streptococchi piogeni.

Esame microscopico: cellule neoplastiche si vedono infiltrate in serie o in masse fra i fasci muscolari e lungo i vasi. Le cellule sono notevoli pel loro volume e pel grande nucleo intensamente colorabile. Le cellule misurano da 10 a 40 μ. Il nucleo non ha l'apparenza granulosa di una cellula in processo di degenerazione. Le cellule in serie sono formate da una serie di nuclei che giacciono in una striscia di protoplasma, con indistinti confini cellulari, formando una specie di cellule giganti: perciò si applica loro bene la qualifica di sincizio, senza che questa qualifica implichi una relazione genetica col sincizio coriale. Dove le cellule sono infiltrate fra le fibre muscolari, queste sono degenerate, con nucleo rigonfio, che perde la sua forma e in alcuni punti consiste solo di granuli separati.

* * *

Se i casi finora esposti rispondono esattamente alle linee del quadro primitivamente descritto, e come tali furono interpretati o clinicamente o al tavolo anatomico, non manca a chi spigoli nella letteratura l'occasione di riscontrare altri casi che ad una interpretazione analoga si prestano ottimamente. In questo senso, ai casi di Jacubasch, Guttenplau, Kaltenbach, Meyer, che io avevo aggruppato nelle prime mie pubblicazioni, qualche altro ne fu aggiunto, e di tutti terremo ora brevemente parola, perchè riesca per quanto possibile completo e ricco di materiale lo studio comparativo che ci accingiamo a fare.

Fin da un secolo fa il Costantini De Gregorini, la cui memoria fu opportunamente risuscitata dal Marchand, approfittava del liberale appoggio di Meckel per dare alle stampe come dissertazione medica un lavoro sull'idrope e le idatidi dell'utero (23), fermando specialmente l'attenzione su di un caso del Meckel stesso, il cui preparato conservato nel museo di Halle, mezzo secolo dopo veniva ritratto in parte anche dall'Hohl nel suo trattato.

Una signora per otto mesi presenta segni di gravidanza: Meckel constata nausea, vomito mattutino, pallore, soppressione mestrua, ecc., tutto ciò che poteva confermare la gravidanza: ma in mancanza di segni certi si sospettò di gravidanza spuria. Scorso l'ultimo mese, alla fine del decimo si ebbe l'espulsione di una elegante mola vescicolare, con feto ben conservato rispondente all'età del 3.° mese. Liberata la donna, ebbe un puerperio felice, ma passato questo non godette buona salute, divenne clorotica, con mestruazioni irregolari: a capo di un anno divenne anasarcatica ed ascitica; colla paracentesi ripetuta si evacuò un liquido torbido e sanguinolento: soccombette coi sintomi di una tisi polmonare. All'autopsia si rinvenne l'omento aderente ad una singolare escrescenza uterina, che apparve come fungosità rossastra, molle, sanguinante alla pressione, traente origine dal fondo dell'utero che era pure similmente degenerato. Tutti i segni di una tisi polmonare.

Chi getta uno sguardo sulla seconda delle bellissime tavole che accompagnano il lavoro del Costantini De Gregorini, non può a meno di riportare da questo primo saggio iconografico l'impressione, che anche qui la parete uterina fosse al fondo disgregata dalla infiltrazione fra gli elementi muscolari di una neoplasia, che tutto porta a mettere in rapporto genetico colla sofferta mola vescicolare.

Pare che l'usura sia stata qui più completa che nella maggior parte dei casi congeneri, e che abbia portato come in casi di mola destruens alla perforazione del peritoneo: forse anche alla formazione di un ematocele che prese poi aderenze coll'omento. Nè mi pare azzardato supporre che il processo di tisi polmonare insorto proprio agli ultimi tempi e che determinò la morte *(phthiseos pulmonalis accedentibus symptomatibus, e vivis erepta fuit)* possa essere interpretato piuttosto come un fatto di metastasi polmonari: quanti illustri clinici dei nostri tempi abbiamo or ora visto incorrere in un analogo errore diagnostico!

Abbastanza evidente mi pare risaltare l'analogia con un caso osservato a Milano nel 1882 dal dott. Tibaldi (24), tanto più che fu possibile seguire la riproduzione metastatica del tumore uterino nel cervello, nei polmoni, nel rene, nell'intestino e nelle ovaie, e precisare la presenza degli elementi neoplastici nei rami dell'arteria polmonare e nelle vene delle ovaie. È una osservazione questa cui non mancò che un tentativo di interpretazione patogenetica, perchè trovasse il suo posto fra i casi più tipici del gruppo di cui ci occupiamo.

Brambilla Luigia, d'anni 31, dopo il 5.° parto e durante l'allattamento ebbe continue metrorragie. Portata all'Ospedale Maggiore di Milano, presenta utero vo-

luminoso, retroverso, collo permeabile, cavità occupata da tumore molliccio grosso come un uovo di piccione. Esce dall'Ospedale il 4 Dicembre 1881. Rientra il 16 Gennaio 1882 ma in tristi condizioni. Ipofonesi alla regione sopraspinale con respiro aspro e rantoli. Utero più grosso, tumore con superficie ineguale. Febbre, cefalea, vomito, deperimento. Morte il 5 Marzo.

Autopsia: al taglio della sostanza cerebrale si mettono allo scoperto molti corpicciuoli rosso-bruni a contorni che spiccano netttamente sulla sostanza nervosa, di consistenza midollare. Nel polmone destro un nodo ovulare con l'aspetto macroscopico di un cancro melanotico: due nel sinistro. Tre nel rene, uno nel colon discendente, uno in ciascuna delle ovaie.

Diagnosi microscopica (dott. Visconti): cancro ematode con metastasi diffuse per via embolica: elementi uguali a quelli del cancro uterino si trovano nei rami dell'arteria polmonare. Gli stessi elementi nelle vene delle ovaie.

Il caso di Guttenplan (25) che nelle prime mie pubblicazioni io cercai di rivendicare dall'oblio in cui era caduto, è tipico quanto all'origine da una mola, alle metastasi vaginali e polmonari, e al rapido esito letale.

B., d'anni 28, ebbe 7 parti: nel Febbraio 1882 ricovera alla Clinica di Strasburgo per cura di persistenti metrorragie: è liberata da residui di un corion mixomatoso. Ritorna alla Clinica dopo tre mesi con nuove emorragie, che derivano in parte dall'utero, occupato da masse molliccie di un tessuto riconosciuto al microscopio per tessuto deciduale, in parte da un nodo ulcerato della parete vaginale posteriore: a quest'ultima sorgente di emorragia si pone rimedio con dei punti di sutura. Si osserva in pari tempo tosse con sputo sanguigno: al torace verso il 2.° spazio intercostale destro una zona di ottusità in corrispondenza della quale la mano percepisce un fremito speciale. Parecchi nodi in vagina ricoperti da mucosa normale. Aumentata la dispnea, la donna muore il 29 Maggio.

È Recklinghausen che pratica l'autopsia. Polmoni stipati di numerosi nodetti assai prominenti al taglio, che grossolanamente assomigliano a varici trombizzate. Utero occupato da un tumore di aspetto cavernoso: il resto della cavità è rivestito da mucosa normale. In vagina i nodi già notati, bluastri, sui quali si può spostare la mucosa. All'esame microscopico i nodi del polmone appaiono formati da grandi cellule fusate, e da alcune multipolari; la stessa disposizione presentano i tumori dell'utero e della vagina, risultanti da un tessuto cavernoso, i cui tramezzi sono costituiti da cellule fusate con pochissimo connettivo di sostegno. La diagnosi anatomica suona: sarcoma emorragico primitivo dell'utero, con metastasi in vagina ed ai polmoni.

Brevemente ripeterò, perchè già altrove discusse, le osservazioni di Meyer e di Kaltenbach.

Una donna, d'anni 55, assistita da Meyer nel parto di una mola vescicolare, che non fu trovata per nulla dissimile dalle mole comuni, ebbe dopo 6 mesi co-

piose metrorragie, poi a poco a poco decadimento delle forze, febbriciattole da 38° a 38°.5, e negli ultimi giorni di vita intensi brividi ripetuti. Venne a soccombere per esaurimento 9 mesi dopo l'espulsione della mola. Non fu concessa che l'autopsia dell'addome. Si trovò un trombo in via di decomposizione nel plesso pampiniforme sinistro. Fegato grosso, grossa pure e spappolata la milza. L'utero, sorpassante di tre dita la sinfisi, ha forma e consistenza di un utero puerperale; rivestimento peritoneale normale. Muscolatura pallida, di un aspetto uniforme in tutti i suoi punti.

L'interna superficie dell'utero è ricoperta da uno strato brunastro, aderente, sporco; sotto di esso la parete uterina è irregolare, qua e là con sporgenze villose; e alla sezione si trovano delle isole tondeggianti di tessuto, che spiccano sul tessuto circostante come se fossero accolte in una cavità a pareti liscie. Questa disposizione non si approfonda però molto nella muscolatura. Manca in ogni punto una mucosa.

L'esame microscopico praticato sotto la direzione di Klebs fornì i seguenti risultati. Negli strati superficiali della tonaca muscolare si vedono insinuarsi dei cordoni cilindrici, per lo più retti, in alcuni punti a decorso tortuoso, con molteplici diramazioni: hanno questi cordoni un rivestimento di cellule epiteliali in degenerazione jalina, con un protoplasma fuso in una massa omogenea, e nuclei granulosi e distinti. Nell'interno dei cordoni si trovano in parte altre cellule epiteliali, in parte anche cellule fusate e fibre connettivali. Alcune masse epiteliali isolate si trovano accolte entro piccole cavità fra i fasci muscolari: queste cavità sono per l'A. da ritenersi per spazii linfatici, cosicchè egli crede abbia avuto luogo uno sviluppo entro i vasi linfatici. In alcuni punti le vicine fibre muscolari sembrano aver preso parte alla degenerazione jalina. I cordoni sono evidentemente derivazioni dei villi coriali, e la loro origine va ricercata nella pregressa gravidanza molare. L'A. si ritiene autorizzato a ritenere la produzione come una neoformazione eteroplastica, e a designarla con Klebs come un epitelioma papillare del corpo dell'utero (26).

Il caso di Kaltenbach non fu pubblicato che con dettagli molto scarsi: la donna soccombette alla invadente diffusione peritoneale di un sarcoma uterino, un anno e mezzo dopo essersi sgravata di una mola vescicolare: in realtà il legame anatomico fra le due lesioni si può sospettare, ma mancano dirette constatazioni anatomiche che lo confermino (27).

Quando Sänger presentò al Congresso di Bonn la sua comunicazione sul deciduoma, P. Müller ne prese argomento per ricordare un caso della Clinica di Berna (28).

Si tratta di una donna di 30 anni che ha partorito sei volte, e che entra in Clinica con tutti i segni di una grave anemia e di una forte albuminuria nel 5.° mese di gravidanza. Si provocò subito l'aborto. Sotto forti dolori fu espulsa una mola vescicolare. La donna si riebbe, ma l'utero rimase grosso, e già qualche settimana dopo si riscontrarono nell'utero delle masse molliccie, e contemporaneamente, a sinistra e a destra dell'utero, delle rilevatezze bernoccolute nel ventre,

Si fece un raschiamento, e scomparvero le emorragie e le masse esterne. Invece dopo un po' di tempo si constatarono sulla parete posteriore della vagina una serie di tumoretti cistici della grossezza di una nocciuola: uno di questi fu aperto e diede il reperto microscopico di detriti cellulari, globuli sanguigni e cellule deciduali. Si riformarono nuove masse nell'utero e un tumore molliccio grosso come la testa di un bambino alla regione glutea sinistra. L'anemia si fece spiccata. Emoglobina 15-20 0[0: corpuscoli 3,200,000: temperatura fra 35° e 42°, frequenti brividi, albuminuria. La donna morì 4 mesi dopo l'ingresso in Clinica, ma non se ne potè fare la sezione.

Nella discussione seguita nella Società ostetrica di Lipsia alla comunicazione di Menge, Zweifel, sebbene sembrasse inclinare all'opinione del Veit, che cioè nei casi in questione il tumore maligno preesista alla gravidanza, espose un caso che non possiamo astenerci di qui riferire (29).

La paziente fu dovuta operare di raschiamento per esportare una mola vescicolare. Dopo 4 settimane dalla operazione ebbe nuove emorragie. Esplorata allora la cavità uterina vi si riscontrò un polipo placentare che fu esportato. La emorragia non si arrestò che per breve tempo. Improvvisamente si presentò sputo sanguigno: fu praticata, ma senza successo, la ricerca dei bacilli della tubercolosi: si constatarono focolai di infiltrazione del polmone. Il clinico medico diagnosticò una probabile tubercolosi polmonare. La paziente continuò a sputar sangue e ad avere metrorragie, finchè morì. Non fu concessa autopsia.

Per completare l'elenco dei casi suscettibili per giusti motivi della interpretazione che ci proponiamo, importa riferire in esteso l'osservazione di Lebensbaum, non foss'altro per la spiegazione, a mio giudizio inesatta, che egli dà della insorgenza dei nodi vaginali, argomento di cui ci converrà occuparci poi con qualche diffusione.

Il 1.° Aprile 1892 F. Sch., di 27 anni, è portata all'Ospedale con tutti i fenomeni di una anemia acuta. Ebbe 6 parti, l'ultimo 4 mesi prima e a termine. Per quattro settimane dopo il parto la paziente stette bene: in 5.ª settimana cominciarono delle emorragie. Fu fatto un raschiamento, ma le emorragie non cessarono. Pare che l'ultima emorragia a domicilio derivasse da una ulcerazione della parete posteriore della vagina, prodottasi su una varice scoppiata.

All'ingresso in clinica si trova sulla parte mediana della parete vaginale posteriore una profonda ulcerazione lunga 4 cm., larga 3, profonda 5 mm. con margini irregolari e rilevati. Trattamento antisettico. Miglioramento. Dieci giorni dopo, brivido di freddo, febbre, insorgenza di polmonite catarrale. Poi di nuovo emorragie genitali, in seguito alle quali l'esplorazione diede il reperto inatteso di collo permeabile e tumore procidente dal corpo: esportazione di pezzetti a scopo diagnostico. Diagnosi, *cancro ghiandolare fibroso*. Decisa l'isterectomia: nel frattempo

la cicatrice vaginale presenta curiose modificazioni e sviluppo di un tumore che procede con tanto sorprendente rapidità da raggiungere, in meno di due settimane, il volume di una nocciuola: alla periferia ulcerazione. Anche qui diagnosi microscopica di adenocarcinoma. Contemporaneamente si videro le cellule cancerose presentare in molti punti dei corpuscoli finamente granulosi ed un nucleo cilindrico o semilunare respinto alla periferia, mentre il resto del corpo cellulare veniva riempito da una massa uniformemente trasparente. Qua e là queste cellule si riunivano in un nido canceroso mentendo l'aspetto di un tessuto reticolato. Si trattava dunque di una avanzata degenerazione colloidea.

Prima escisione del tumore vaginale. Guarigione per prima, sebbene qualche giorno dopo l'operazione la paziente avesse una pleurite. Il 3 Luglio 1892 isterectomia: morte per collasso sei giorni dopo.

All'autopsia il tessuto uterino in degenerazione cancerosa appare composto da nidi cancerosi divisi da scarso tessuto connettivo. I nidi constano di cellule piatte, grosse, varie di forma, per lo più irregolari con un grosso nucleo ed uno o più nucleoli. Nei punti ulcerati le cellule sono per lo più degenerate e in via di distruzione. Il tessuto di sostegno è infiltrato di una quantità di cellule piccole, che penetrano fra i fasci muscolari fino quasi a raggiungere il peritoneo. In molti punti si trovano cellule grosse in degenerazione gelatinosa. Ghiandole non se ne trovano, per l'avanzata distruzione cellulare. Del resto l'aspetto del tumore è completamente simile a quello in vagina.

* * *

Se dei tre seguenti casi che da poco tempo ho reso di pubblica ragione davanti alla Società Ostetrica di Roma (31) io mi permetto di qui riferire le storie, è per completarle nella descrizione anatomica allora appena abbozzata, e per segnare alcuni fatti che emersero solo dopo un esame più accurato delle sezioni microscopiche.

Giacinta Del Nero, di 32 anni, di Ponte a Ema. Entra in Clinica il 20 Agosto 1894. Mestruò a 13 anni e fu sempre bene in salute: non sa riferire di sospetti antecedenti ereditarii. Ebbe sette gravidanze seguite da parti normali: normali pure fino all'ultimo i puerperii, solo che in tutti notò per tre giorni consecutivi al parto forti dolori da contrazioni uterine. L'ultimo parto il 17 Aprile: durò tre giorni il travaglio e fu molto doloroso. Dopo il parto ebbe emorragia non molto copiosa, che però si riprodusse dopo un intervallo di 7 ad 8 giorni, e che da allora si è sempre ripetuta a intervalli variabili, continuando anche nei periodi liberi una leucorrea sanguinolenta. Un mese fa cambiò l'aspetto delle perdite essendosi verificata ad un tratto l'espulsione di grossi grumi di sangue, entro ai quali la levatrice pare abbia potuto riconoscere traccie di tessuti che la misero in sospetto di un aborto. Da allora visibile peggioramento delle condizioni generali. La donna venne portata alla Clinica in uno stato di anemia estrema, sebbene dai genitali non

sgocciòli che un filo di liquido scolorito, quasi lavatura di carne. Un rapido esame sommario lascia riconoscere col pallore estremo delle mucose, la presenza di rantoli diffusi a medie bolle in diverse zone del torace, respirazioni frequenti interrotte da ansiosi accessi di tosse, con un escreato leggermente macchiato di sangue: la risonanza è però normale in tutto l'ambito toracico. Assoggettata la donna ad un esame ginecologico, colpisce, appena divaricate le grandi e piccole labbra, la presenza di un tumoretto sulla parete laterale sinistra della vagina, terzo inferiore, che spicca pel suo colorito livido sulla mucosa quasi bianca della vagina: ha a mala pena le dimensioni di un cece, e richiama senz'altro all'occhio di chi vide altri casi consimili, le caratteristiche metastasi regionali del deciduoma. E pur troppo l'esplorazione conferma con altri dati il sospetto: l'utero ingrossato e irregolare lascia, attraverso al collo beante, penetrare il dito a contatto delle pareti irregolari della cavità del corpo, in cui sporgono da diversi punti delle eminenze fragili ove il dito si infossa disgregandole: il cucchiaio viene in aiuto ad uno svuotamento parziale della cavità uterina, ma deve cessare la sua opera, quando attraverso alle pareti floscie dell'addome si sente ridotto al minimo lo spessore della parete uterina, tanto da lasciare il timore di una imminente perforazione. Le masse che così si sono potute, e senza eccessiva perdita di sangue, esportare, vengono immediatamente passate parte in liquido del Flemming, parte in sublimato, parte in alcool e riservate per un adatto esame. Ma oramai la convinzione del medico è formata: troppo evidente il quadro clinico per permettere un dubbio: troppo avanzate le lesioni per permettere una prognosi che non sia disperata. Si tratta di uno di quei casi che, per scegliere un nome fra tanti proposti all'uopo, si può con Sänger battezzare per sarcoma deciduo cellulare. L'esame microscopico non fa che confermare luminosamente il diagnostico.

Ma prima di parlare del reperto microscopico accennerò all'ulteriore andamento del male.

Il piccolo nodo vaginale si vede aumentare per così dire a vista d'occhio: sono appena passati 9 giorni, ed ha acquistato delle dimensioni considerevoli, di circa 5 cent. in senso longitudinale, 2 in senso trasversale. Una puntura esplorativa ne ritrae del sangue che, sottoposto ad esame microscopico, presenta alcune grosse cellule a nucleo voluminoso, facilmente colorabile. Già confermata anatomicamente la diagnosi clinica di sarcoma deciduale con metastasi polmonari, si ritiene inopportuno ricorrere all'ablazione dell'utero, anche tenuto conto del grado di debolezza estrema della donna, il cui sangue all'ematimetro di Fleischl segna appena dal 10 al 15 0[0 di emoglobina, con 1,260,000 globuli rossi. Però, data la poca estensione e facile accessibilità del nodo vaginale se ne decide l'asportazione, che si fa senza narcosi e senza sofferenze della donna, chiudendo la ferita con qualche punto di sutura. Lo scopo della piccola operazione non può essere che affatto palliativo perciò che riguarda la lesione in sè: se non altro si spera di evitare la prossima quasi fatale ulcerazione del nodo vaginale, e più ancora si attendono dall'esame minuto dei dati importanti di studio. La piccola ferita guarisce perfettamente, e nè tosto nè poi si nota indizio alcuno di riproduzione locale. Le condizioni generali però continuano ad aggravarsi: la tosse si fa sempre più insistente: verso il 6 Settembre si manifesta un rialzo di temperatura, che si riprodurrà poi ogni sera più o meno accentuato. Continuano ora sanguigni ora misti gli scoli dell'utero. Il 20 Settembre l'emoglobina è scesa a 5-10: il numero dei globuli rossi a 1,200,000.

Ormai le condizioni sono tali da non permettere più alcuna speranza: la donna desidera, conscia del proprio stato, far ritorno a casa, e nulla vale a trattenerla: il 6 Ottobre esce e si spegne pochi giorni dopo a casa, senza che sia possibile ottenere un reperto necroscopico.

La lacuna che dalla mancanza dell'autopsia è creata in questa storia clinica è però a sufficienza colmata dall'andamento del male, e dai risultati dell'esame dei pezzi asportati dall'utero e dalla vagina.

Utero. — I pezzi asportati e convenientemente trattati presentano le seguenti particolarità: in mezzo a coaguli di sangue pescano dei lembi di tessuto perfettamente uniforme nella struttura: grossi elementi addossati intimamente l'uno all'altro, variabilissimi nella forma, fusiformi nei punti ove appaiono più stipati, rotondeggianti od ovali ove sono meno addensati, con nucleo grosso provvisto di nucleolo assai appariscente: protoplasma trasparente. Numerosissime le forme cariocinetiche, e tra queste molte forme tri e quadripolari con aggruppamento irregolare dei cromosomi. In mezzo a questi elementi, sparsi qua e là alcuni residui ghiandolari con epitelio di rivestimento alterato nella forma. In molti punti fra i diversi elementi si osservano degli spazii vuoti, vacuoli, con un contorno netto, come potrebbero risultare dal distacco di una o più cellule: il posto lasciato vuoto è occupato da un detrito di piccoli granuli trasparenti e da qualche globulo sanguigno: il tessuto assume così in questi punti un aspetto a rete, e le trabecole separanti gli spazii vuoti sono rappresentati dalle solite cellule disposte in serie, quasi a colonna. Se si osserva una di queste zone areolari ove si alternano i vuoti indicati ed i residui ghiandolari, si ha una certa analogia cogli strati più profondi di una comune decidua, colla differenza però della frequenza grande delle forme di cariocinesi e della mancanza assoluta di una sostanza intercellulare. Portando l'attenzione sugli strati più profondi che rispondono al distacco dalla parete uterina, vi si trovano in discreta quantità fasci di fibrocellule muscolari: le fibre si frammentano e si dissociano, alternandosi con stravasi sanguigni, là dove comincia la neoformazione.

Per quanto spiccata la degenerazione delle fibrocellule, non esiste però in nessun punto del neoplasma una di quelle cellule giganti o a nucleo di forma bizzarra la cui interpretazione vedemmo presentare singolari difficoltà. A differenza dei primi casi da me illustrati, si può af-

fermare consti il neoplasma di un solo tipo di cellule, le cui varietà sono in rapporto coll'esistenza o meno di processi di mitosi.

Vagina. — Il nodo vaginale che con tanta rapidità si era per così dire sviluppato sotto i nostri occhi e la cui presenza coi caratteri omai universalmente noti sarebbe bastata da sola a giustificare il diagnostico emesso in vita, dopo esportato fu in parte destinato ad innesti, rimasti perfettamente inefficaci, su qualche animale, in parte opportunamente fissato nel liquido del Flemming o nel sublimato. Le sezioni che se ne ricavarono esaminate a piccolo ingrandimento presentano il seguente aspetto: verso la superficie vaginale il comune epitelio pavimentoso stratificato: segue un sottile strato connettivo stipato senza traccia di elementi neoplastici, ma solo infiltrato da abbondanti leucociti, infine il nodo di tumore che ha una disposizione raggiata attorno ad un centro occupato da uno spazio a contenuto sanguigno (Tav. I.ª, fig. 1). Nel complesso ha l'aspetto quasi di un tessuto cavernoso intramezzato da trabecole che limitano degli spazii, o vuoti, o contenenti un detrito granuloso, dei globuli sanguigni. In un sol punto pare di avvertire un endotelio, ed è tutto attorno allo spazio centrale che è ampio, a pareti anfrattuose e contenente sangue. È su questo strato di apparenza endoteliare che prendono punto di impianto diretto le cellule del neoplasma, che si irradiano tutto intorno a colonne tortuose. Mano mano che ci distacchiamo dal centro, vediamo il tessuto dapprima compatto farsi più rado per interposizione di areole eccupate da detriti granulosi. In alcuni punti si può seguire la derivazione di queste areole dal disfacimento di elementi del neoplasma, il cui protoplasma nelle zone di passaggio si fa più intensamente tingibile, mentre rimane affatto incoloro negli elementi in fasi di movimento nucleare. Degli spazii inframezzanti le trabecole alcuni sono circolari, quasi determinati dalla caduta o morte di una cellula, altri sono lineari, e col loro intricato avvolgimento fra le colonne di cellule contribuiscono all'aspetto cavernoso del tumore. Si nota (Tav. I.ª, fig. 2 *b*) nel tumore vaginale ciò che non si osservava nel tumore uterino, la presenza cioè lungo questi spazii lineari di una striscia di sostanza protoplasmatica, entro la quale sono disseminati dei nuclei in scarso numero, a distanze regolari. In altri punti questa massa o striscia protoplasmatica si adatta sul contorno delle masse cellulari che formano la parte principale del tumore, infiltrandosi nelle infossa-

ture che rimangono tra due cellule addossate. Tanto che vi hanno delle zone ove la sostanza protoplasmatica imita l'esistenza di una sostanza intercellulare: questa apparenza è più spiccata là dove uno degli elementi cellulari isolati è caduto sia per disgregamento, sia per maltrattamenti subìti dalla preparazione. In questi punti, il vuoto lasciato da un elemento si vede qualche volta circondato da sostanza protoplasmatica; come pure fra le singole cellule i nuclei di questa specie di sincizio vengono qualche volta ad assumere una disposizione nodale che potrebbe indurre in un errore di interpretazione. Mi parve in qualche punto (Tav. I.ª, fig. 3) di poter riscontrare una tendenza di masse del sincizio ad isolarsi col relativo nucleo per formare una cellula individualizzata. In genere tali masse protoplasmatiche assumono una colorazione diffusa dall'ematossilina, apparendo come finissimamente granulose, e con frequenti piccolissimi vacuoli scavati nel protoplasma. Di modo che questa specie di magma plasmoidale presenterebbe tre ordini di spazii: 1.° i minutissimi vacuoli dispersi nel protoplasma; 2.° spazii circolari più ampii che sembrano dovuti alla caduta di un elemento; 3.° spazii lineari tortuosi che si aggirano in tutto il neoplasma. I nuclei di queste zone protoplasmatiche non si vedono mai in stadio di cariocinesi: hanno però un reticolo di cromatina abbastanza distinto ed una membrana nucleare evidente: contengono per lo più un sol nucleolo.

Disseminate od aggruppate nello strato plasmodiale vediamo le cellule, che per l'enorme attività di loro proliferazione sembrano rappresentare l'elemento più importante del tumore. Sono cellule assai voluminose per lo più con protoplasma trasparente, su cui non si fissa per solito la sostanza colorante: hanno una membrana cellulare: sono poliedriche, ma assumono di preferenza forma ovale quando sono in movimento cariocinetico. Nel protoplasma si vedono qua e là dei vacuoli, ed inoltre degli ammassi caratteristici o globetti di una sostanza che assume parzialmente la sostanza colorante, molto meno intensamente però dei nuclei. I nuclei di queste cellule sono voluminosi, irregolari nella superficie per una specie di accartocciamento della membrana nucleare (fig. 3, *a*): nei nuclei in istato di riposo si osserva un reticolo cromatico abbastanza distinto. Rispondono per molti caratteri alla descrizione data da Marchand nel suo caso. Sorprendente è la frequenza e varietà delle forme cariocinetiche, che sono rese assai appariscenti dalla speciale trasparenza del

protoplasma nelle cellule in attività nucleare. Raramente accade nei tessuti umani, normali o morbosi, di scorgere una attività di sviluppo paragonabile a quella che qui si riscontra. Cariocinesi tipiche ed atipiche, bipolari e multipolari (fig. 2 *a*, 3 *b*, 4, 6, 7): i filamenti cromatici qualche volta anzichè ordinati si trovano dispersi in modo affatto irregolare, dando luogo a delle vere figure di frammentazione (fig. 5). Il fuso acromatico è per lo più evidentissimo: il centrosoma appariscente.

Negli spazii che la caduta di una di queste cellule o la sua disgregazione lascia liberi, perchè pare che come è attivissima la loro produzione, ne sia altrettanto rapida la distruzione, si insinua facilmente del sangue, e noi troviamo globuli rossi e leucociti in cavità che per lo più sono direttamente circondate da un orlo protoplasmatico: la stessa identica disposizione che io ebbi a descrivere nel caso di tumore maligno originante da mola vescicolare. Ne risulta la ricchezza estrema del tessuto in sangue, per quanto vi faccia assoluto difetto un sistema di veri vasi, ad eccezione di quello che forma per così dire l'asse del tumore. Altri di questi spazii, non invasi dal sangue, sono occupati da un detrito granuloso, il residuo probabilmente del disfacimento della cellula.

Questi caratteri si ripetono costantemente in tutte le zone osservate, soltanto che verso la periferia del nodo vaginale, in vicinanza al connettivo infiltrato di leucociti, lo strato plasmodiale assume ancora più intensamente la sostanza colorante, ed i nuclei vi sono assai più rari.

Qui si deve di necessità arrestare il quadro anatomico della lesione essendo mancata l'opportunità ad una autopsia. Ci limiteremo a ricordare che la vagina dopo l'ablazione del nodo rimase immune da ulteriori riproduzioni.

II. Raffaella Becacci, di 22 anni, di Caselline, entra in Clinica il 3 Maggio 1894. Ebbe due gravidanze, l'una condusse a termine, l'altra fu interrotta nel Febbraio 1894 verso la fine del 2.° mese: dal medico fu raccolta ed in parte estratta una mola vescicolare: da allora metrorragie insistenti e più o meno rilevanti. L'anemia è marcata: la donna è tossicolosa: l'aspetto generale e i fatti locali sono tali da far sospettare di una incipiente tisi polmonare. Negativa però la ricerca dei bacilli della tubercolosi negli sputi. Si diagnostica una endometrite subinvolutiva, ma nel presentare la giovane emaciata agli studenti si fa una necessaria riserva sulla possibilità di una incipiente neoplasia maligna dalla pregressa mola vescicolare. Un raschiamento viene praticato il 5 Maggio a scopo diagnostico ed eventualmente curativo. I preparati ottenuti dal raschiamento dànno un quadro così evidente della lesione che si è convenuto di chiamare col nome di sarcoma

deciduo cellulare, da giustificare, anzi da imporre come urgente, una cura più radicale, che viene infatti attuata il 14 Maggio colla isterectomia vaginale. Andamento perfettamente regolare post-operativo. La tosse cessa completamente: l'anemia si corregge in modo più lento. Quando la donna lascia la Clinica il 10 Giugno, è in buone condizioni, ed ora, passato più di un anno dall'intervento, la salute persiste ottima.

È questo il terzo caso da noi diagnosticato in vita di sarcoma deciduo cellulare, il primo che ci abbia fornito l'indicazione precisa ad un intervento operativo radicale, fortunatamente efficace. Ciò che si poteva presumere dall'esame del raschiamento è ampiamente confermato dall'esame macro e microscopico dell'utero. In un punto rispondente all'angolo tubarico destro si nota una superficie irregolare a margini rilevati sulla mucosa: il tessuto muscolare sottostante a questa zona, che risponde verosimilmente all'attacco della placenta, è palesemente alterato in confronto al resto della mucosa uterina, pallido e friabile. È da questo punto che diverse sezioni vengono tolte ad esame e permettono di affermare l'esistenza di lesioni assai complesse. Quelle stesse cellule grandi, a protoplasma trasparente, e in frequente fase cariocinetica, che si erano riscontrate nel prodotto del raschiamento, si inseguono per un certo tratto di tessuto, qua e là intramezzate da isole di elementi malamente colorabili, che si direbbero necrotici: sul confine tra le cellule in via di scissione indiretta e le isole necrotiche si riscontrano degli elementi strani per la loro forma, colossali nelle dimensioni, che non hanno delle cellule giganti la molteplicità dei nuclei, ma presentano di preferenza un nucleo unico o doppio di forma bizzarra, intensamente tingibili, con vacuoli che si direbbero scavati a spese della stessa sostanza nucleare. Le cellule caratteristiche del neoplasma si fanno più rare quanto più ci si approfonda nella tonaca muscolare: se ne incontrano poi fra le fibrille divaricate; ma qui la alterazione cambia completamente di natura. Abbiamo avanti agli occhi un vero processo degenerativo della tonaca muscolare: i punti già macroscopicamente rilevati hanno subìto una metamorfosi che li avvicina per aspetto al caratteristico della degenerazione ialina: sono interi gruppi di fasci muscolari che formano così una massa amorfa, con contorno fortemente ondulato, con qualche analogia con ciò che si potrebbe vedere alla sezione di un corpo luteo nella sua porzione più centrale. Nelle zone che fanno da passaggio fra il tes-

suto muscolare sano e quello così profondamente alterato si trovano disseminati dei focolai necrotici come nella mucosa: e, meno appariscenti, si trovano ancora sul loro contorno alcuni dei grossi elementi già ricordati. In complesso la lesione pare si possa interpretare come dovuta alla degenerazione di estesi territorii muscolari in conseguenza di trombosi dei vasi circostanti; e i vasi trombizzati, da una certa distribuzione concentrica delle fibre muscolari, si può arguire rispondano alle piccole zone di aspetto necrotico. In altri termini degli ammassi cellulari, fra cui cellule gigantesche, avrebbero invaso i vasi determinandovi una vera trombosi, con successivo disfacimento degli elementi immigrati.

Mettendo assieme da una parte la invasione della muscolatura uterina per parte di cellule grandi in proliferazione attiva, dall'altra la presenza anche in strati profondi di elementi colossali d'aspetto epiteliale che richiamano assai bene le forme alterate dell'epitelio coriale, proprie, come già ebbi occasione di dimostrare, della mola vescicolare, resta stabilito fra la mola e la lesione distruttiva della parete uterina un nesso più che probabile di causa ad effetto. Nella lesione complessa sarebbero varii i fatti da interpretare; riservandoci di ciò fare più avanti, possiamo fin d'ora avanzare che delle due sorta di elementi riscontrati, solo alle cellule in via di scissione spetta la parte preponderante, invadente, ed il significato maligno, mentre le cellule di dimensioni gigantesche hanno tutto l'aspetto di elementi in via di degenerazione: tutt'al più coll'invasione dei vasi e colla loro diffusione avranno contribuito alla azione distruttiva sul tessuto muscolare.

III. Zecchi Anna, di Firenze, d'anni 44, entra in Clinica il 15 Settembre 1894. È donna di robusta costituzione, e nulla dai suoi antecedenti può mettere in sospetto di malattia alcuna di rilievo. Ebbe 12 gravidanze, e, se si fa eccezione della prima terminata per un trauma con un aborto, le portò tutte regolarmente a termine. Fu sempre mestruata regolarmente, ma da cinque mesi non sa più raccapezzarsi sul periodo delle mestruazioni nè sulla loro durata, avendo avuto ritardi alternatisi con profuse emorragie. Perciò ad onta della costituzione robusta ha aspetto anemico. L'utero si trova grosso quale al terzo mese di gravidanza: è pastoso, collo permeabile. Il 4 Ottobre si svuota col raschiamento dal suo contenuto che è costituito da un ammasso di vescichette caratteristiche della mola idatigena. A sinistra il cucchiaio si scava la via in un tessuto friabile affondandosi nella trama muscolare: così lo avverte la mano esplorante dall'esterno, e così dimostra il prodotto stesso del raschiamento: il timore di perforare la parete uterina ridotta in questo punto ad estrema sottigliezza impone di sospendere l'operazione. Si esa-

mina al solito il prodotto del raschiamento, e i risultati sono di una profonda disgregazione del tessuto muscolare per elementi interposti, tanto da consigliare in base all'esperienza clinica l'esportazione immediata del viscere, operazione che viene praticata il 13 Ottobre ed è seguita da buon risultato. A quasi un anno di distanza la salute si mantiene buona ancora oggi.

L'utero esportato presenta notevoli differenze di spessore, a seconda dei diversi punti: il raschiamento praticato ha lasciato una profonda perdita di sostanza in alto ed a sinistra: sul contorno della parte escavata si vedono conservati qua e là dei rialzi, ed è principalmente su questi punti che vien portata l'indagine più minuta. Sezioni praticate a questo livello dànno il seguente risultato: A cominciare dalla superficie si vede in varii punti conservato un epitelio di rivestimento quasi normale, e ciò, si noti, a pochi giorni di distanza dall'artificiale svuotamento di una mola vescicolare. Scendendo dagli epitelii negli strati più profondi, si nota una cospicua infiltrazione di piccoli elementi, e quando si arriva al passaggio nella muscolare si incontrano delle isole di tessuto stranamente alterate, che riescono così mascherate da una mucosa quasi normale. Le deformazioni più caratteristiche sono di due ordini. Anzitutto in larghi spazi risultanti dal divaricamento di fasci muscolari, e che conservano sulla loro periferia qualche residuo endoteliale, probabilmente spazii vascolari, si contengono avanzi di sangue più o meno alterati, e masse voluminose risultanti da una porzione centrale o stroma formata da un connettivo fibrillare, con scarsi elementi cellulari e in via parziale degenerazione: questo nodo centrale è contornato da elementi che ne formano il rivestimento e che hanno una apparenza epiteliale (fig. 8). Sono anzitutto, in immediata contiguità collo stroma, degli elementi appiattiti con nuclei voluminosi che formano un rivestimento continuo; poi, sovrapposte a questi, altre cellule che assumono forme sempre più irregolari e bizzarre quanto più ci portiamo verso la periferia. Il nucleo, distinto negli strati profondi di questa corteccia epiteliale (fig. 9), si fa assai meno tingibile negli strati superficiali: anche il protoplasma cellulare partecipa ai mutamenti di carattere degli strati più esterni, e mano mano che il nucleo si fa meno distinto, e presenta in diversi punti una estesa vacuolizzazione, vediamo il protoplasma assumere in modo sempre più spiccato la colorazione eosinica: verso la periferia non si parla più di elementi distinti, ma di un'unica massa protoplasmatica, scavata qua e là

da spazii canaliculari ove sono dispersi dei frammenti di sostanza nucleare. La disposizione risultante da questo complesso aggruppamento riproduce con grande analogia l'aspetto di uno di quei villi coriali che si incontrano tanto spesso in placente, anche se in apparenza normali, e che io propendo, come già ebbi occasione di dire, a considerare come alterati per un esagerato sviluppo dello strato epiteliale profondo, il così detto strato cellulare del Langhans: questo col suo esuberante sviluppo perturba la struttura normale del villo, che appare in corrispondenza privo di vasi, con uno stroma quasi atrofico; in pari tempo va alterato anche lo strato epiteliale esterno o plasmodiale, che invece di trovarsi rappresentato da una serie regolare di nuclei distribuiti in un protoplasma uniforme, non è più rappresentato che da masse protoplasmatiche. Io non esito quindi a ritenere che queste masse voluminose, accolte entro spazii limitati da fasci muscolari divaricati e da residui di endotelio, rappresentino altrettanti villi coriali in preda ad un processo speciale di degenerazione, che interessa specialmente lo strato cellulare dell'epitelio coriale. Questi villi non hanno probabilmente più alcuna importanza neoplastica: non sono che residui sfuggiti al raschiamento per la situazione profonda nella parete uterina: ma è probabilmente dalla loro superficie esterna che partono, diffondendosi fra i fasci muscolari e disgregandoli, taluni giganteschi elementi, che si infiltrano, assumendo forme allungate, a fuso, fra le fibrocellule, e che specialmente appaiono evidenti in contiguità ai lumi dei piccoli vasi, nelle cui pareti qualche volta si vedono spingersi per arrivare fin sotto all'endotelio (fig. 10 e 11). A differenza di quanto fu riscontrato nel caso precedente, non accade qui di trovare elementi in via di scissione indiretta: bensì si trovano molti elementi grossi polinucleati, con nucleo talvolta a sfera, talvolta a bastoncino, e che assomigliano perfettamente alle forme di cellule giganti da me descritte nel parlare dei sarcomi dell'utero.

Tutte queste alterazioni hanno portato ad una profonda disorganizzazione degli strati più interni della tonaca muscolare dell'utero, e la lesione si vede in via di diffondersi a strati più esterni, ove, sebbene in numero minore, si incontrano ancora questi grossi elementi fra i fasci muscolari e in vicinanza dell'endotelio vasale.

Un altro caso inedito sono in grado di aggiungere grazie alle informazioni cortesemente fornitomi dall'egregio dott. Superno di Pontedera,

caso che ritrae duplice importanza dall'esser stato operato fin dal Settembre 1892 (la terza operazione adunque in ordine cronologico) e dalle constatazioni anatomiche cui si prestò.

P. Carlotta, d'anni 32, di Vicopisano, ebbe 5 parti a termine, fisiologici. Dieci mesi dopo l'ultimo parto ebbe sospensione mestruale per tre mesi, poi imponenti emorragie, accompagnate da dolori e da disturbi nervosi per parte dello stomaco. Dato l'ingrossamento dell'utero, e la sua consistenza, e mancando al momento dell'esame ogni sintomo di gravidanza, fu sospettata l'esistenza di un fibroma sottomucoso dell'utero, e, tenuto conto dello stato di estrema anemia in cui la paziente era caduta, il dott. Superno propose ed eseguì il 14 Settembre 1892 l'esportazione vaginale dell'utero. Fu esaminando l'utero asportato che si riconobbe nel suo lume, e nel contesto delle sue pareti, la presenza delle vescichette caratteristiche della mola. La donna guarì dopo aver superato una emorragia da uno dei peduncoli. Rivista tre mesi dopo l'operazione, la P. era ancora assai pallida ed accennava a gravi disturbi di stomaco; la regione gastrica era dolente alla pressione: di tanto in tanto la paziente vomitava sangue coagulato. Si pensò ad un'ulcera rotonda: ad altri parve di constatare un tumore grosso quanto un uovo di gallina in corrispondenza alla regione pilorica. In seguito cessò il vomito, e dopo un anno la guarigione era completa e stabile, nè eravi più traccia della tumefazione.

Il caso, per concessione del dott. Superno, fu oggetto di studii nella mia Clinica ad uno studente, il sig. Zeppilli, per la sua dissertazione di laurea: il reperto anatomico da me controllato coincide perfettamente con quello testè riferito nel mio secondo caso di isterectomia: sia per l'apparenza dei villi coriali degenerati del loro strato epiteliare, come già li abbiamo visti riprodotti nella tav. II, sia per l'esistenza di elementi giganteschi, insinuati fra i fasci muscolari e lungo i vasi: lo stato imperfetto di conservazione non permise uno studio più minuto delle forme nucleari, ma si può senz'altro affermare trattarsi anche qui di una delle forme tipiche, derivanti dalla mola vescicolare, e che la donna va debitrice della sua salvezza all'isterectomia per tempo eseguita. Riguardo alla curiosa sindrome fenomenologica che seguì, non è possibile avanzare un giudizio sicuro, se cioè l'ulcerazione gastrica sia da ripetersi da una metastasi regionale rimasta per fortuna isolata.

I casi di Freund (32) e di Freeborn (33) mi sono noti per relazioni troppo sommarie, perchè possano servire di argomento a qualche considerazione comparativa: lo stesso si dica del caso illustrato dal Resinelli nella Clinica di Cuzzi, e che non fu fino ad ora portato a conoscenza del

pubblico che per un breve sunto all'ultima riunione della Società Ostetrica Italiana (34).

Tuttavia, e di essi, e dei casi con maggior ricchezza di dettagli a noi noti ci possiamo giovare per istituire il seguente quadro, che credo comprenda pressapoco tutti i casi finora noti di questa malattia:

NUMERO	OSSERVATORI	INTERVENTO OPERATIVO	ESITO	NUMERO	OSSERVATORI	INTERVENTO OPERATIVO	ESITO
1	Sänger	—	Morte	21	Pestalozza	Isterectomia	Guarigione
2	Chiari	—	»	22	Pestalozza	Isterectomia	»
3	Chiari	—	»	23	Superno	Isterectomia	»
4	Chiari	—	»	24	Marchand	Laparotomia	Morte
5	Pfeiffer	—	»	25	Marchand	Isterectomia	Guarigione
6	Pestalozza	—	»	26	Tannen	Isterectomia	»
7	Pestalozza	—	»	27	Schauta	Isterectomia	»
8	Pestalozza	—	»	28	W. Williams	—	Morte
9	Gottschalk	Isterectomia	» dopo 6 m.	29	Kuppenheim	Isterectomia	Guarigione
10	Köttnitz	—	»	30	Bacon	—	Morte
11	Schmorl	—	»	31	Resinelli	—	»
12	Löhlein	Isterectomia	» dopo 1 a.	32	Freund	—	?
13	Nové Josserand	Isterectomia	Guarigione	33	Freeborn	—	?
14	Fränkel	Laparotomia	Morte	34	Gregorini	—	Morte
15	Klien	—	»	35	Tibaldi	—	»
16	Menge	Raschiamento	Guarigione	36	Guttenplan	—	»
17	Menge	Isterectomia	† dopo 6 m.	37	Meyer	—	»
18	Hartmann-Toupet	—	Morte	38	Kaltenbach	—	»
19	Jeannel	Isterectomia	Guarigione	39	Müller	—	»
20	Pestalozza	—	Morte	40	Zweifel	—	»
				41	Lebensbaum	Isterectomia	»

Ho omesso, sebbene da molti citato, il caso di Kahlden (35): non che non abbia moltissimi punti di attinenza coi nostri, ma perchè la malignità della lesione da lui osservata non mi pare sufficientemente dimostrata: la donna infatti morì per una forma piemica, e nell'utero si scoperse solo la penetrazione di villi coriali nelle vene uterine.

* * *

La lunga, forse troppo meticolosa rivista dei casi che si raggruppano a quello primitivo di Sänger, e che rientrano nell' orbita della definizione che abbiamo premesso a questo lavoro, ci permette, se non altro, di poggiare le considerazioni che ora stiamo per fare su di un numero davvero rilevante di casi pubblicati. Si posseggono cioè di già 41 casi di neoplasia maligna insorta sulla zona placentare con tendenza alla distruzione della muscolatura uterina e alla invasione dell'organismo. Il numero è più che sufficiente per giustificare deduzioni d'indole generale e per dare un serio fondamento a qualche riflessione nel campo della diagnosi clinica ed anatomica, e della terapia.

Ma prima si propone una questione pregiudiziale. I 41 casi da noi riassunti appartengono tutti legittimamente al quadro clinico ed anatomico in discorso, oppure si può a buon diritto sollevare su taluno di essi qualche eccezione? La questione parrebbe oziosa dopo la diffusa relazione dei singoli casi, se non fosse stata sollevata precisamente pei due primi da me descritti, e per l'appunto dalla voce autorevole del Sänger. Ma in realtà tutti quanti in modo spassionato si sono poi occupati del mio primo scritto non hanno esitato nel cancellare l' interdetto del Sänger.

La struttura e disposizione delle grandi cellule nei casi di Pestalozza combina così perfettamente, dice il Marchand, con quella vista in molti altri casi, nonchè coi miei reperti, che io non posso esitare ad affermare che anche nei due casi di Pestalozza siasi trattato delle stesse cellule epiteliari.

Ed il Menge: La descrizione di cellule grandi disposte a catena giacenti fra fibre muscolari divaricate e che Pestalozza considera come derivate dalle fibrille muscolari mi richiama così vivamente gli elementi da me descritti, che mi risultò molto chiaro che noi dobbiamo aver visto qualche cosa di eguale.

Ed il Whitridge Williams: Un esame accurato dei casi di Pestalozza mi porta alla convinzione che si trattava in fatti di sarcomi deciduali.

Ed il Bacon: Il confronto fra i casi di Pestalozza e quelli recentemente riportati mi convince che essi sono casi tipici di deciduoma maligno.

Se non che il Sänger stesso sembra abbia da allora cambiato opinione perchè, nel difendersi strenuamente dalla taccia di dilettante di anatomia patalogica che egli si credette attribuita, e nel giustificare la denominazione, fosse pure provvisoria, di sarcoma deciduo cellulare, si richiama all' « italiano Pestalozza che ha già raccolto sei osservazioni di questo genere » e fa eco alla mia raccomandazione di non perder di vista *l'indubbia unità clinica* dei casi finora descritti: modo di vedere egli dice, che tutti possono condivivere.

Sarebbe dunque opera ormai superflua il tentare una riabilitazione del mio lavoro di quattro anni fa, quando appena si disegnava nel campo ginecologico il primo abbozzo della nuova lesione. Trattandosi però di giudizii consegnati dal Sänger in una memoria che si può dire ormai giustamente classica sull'argomento, mi pare necessario rettificare, non le conclusioni a mio riguardo, da lui stesso smentite, ma alcune affermazioni meno esatte che vi si trovano. Dice per es. il Sänger: in nessuno dei due casi di Pestalozza esisteva un sarcoma deciduale, anzi nemmeno un sarcoma della mucosa, perchè le glandole e l'epitelio vi sono perfettamente conservati, e perchè gli elementi giganti vi derivano non dalle cellule deciduali, ma dalle fibre muscolari. Evidentemente nel primo di questi appunti destinati a distruggere il concetto informativo del mio lavoro, il Sänger incorre in un errore di lettura, perchè io dicevo: in alcuni punti il neoplasma si vede pescare libero nella cavità uterina col suo informe strato di detritus sanguigno e cellulare; e quanto ai punti ove erano conservate ghiandole ed epitelio, aggiungevo però che il tessuto connettivo della mucosa vi mostrava pure evidente la degenerazione sarcomatosa. Niente dunque mucosa sana, ma in alcuni punti mancante, in altri profondamente alterata; l'opposto cioè di quanto aveva creduto di leggervi il Sänger. Quanto al secondo appunto, l'obbiezione mi pare manchi di razionale fondamento: il fatto da me, come dal Sänger descritto, era la presenza di speciali cellule gigantesche: l'interpretazione solo differiva da quella di Sänger. Ora è logico negare una identità palese solo perchè le interpretazioni che le nostre povere menti credono poterne dare non si combinano? Mutarono e muteranno le interpretazioni; solo i fatti restano, ed è su di essi soltanto che ci conviene poggiare il nostro giudizio.

* * *

Detto questo a doverosa giustificazione, vediamo cosa scaturisca dal punto di vista clinico dal raffronto dei 41 casi. In realtà è solo in questo campo che noi possiamo affermare la legittimità della nuova entità morbosa: tanto è vero che gli ultimi casi descritti si rassomigliano nella sintomatologia e nell' andamento coi primi in modo così sorprendente, che invano si cercherebbe una fisionomia altrettanto caratteristica alla maggior parte delle altre forme neoplastiche.

Meglio non mi pare si possa rendere evidente la costanza del quadro clinico, che col riprodurre le parole colle quali io tentavo fin dal 1891 di delinearlo a grandi tratti.

Anzitutto una specie di stadio prodromico, rappresentato da metrorragie, che tennero dietro in modo più o meno immediato ad un parto a termine od abortivo. Tali metrorragie, congiunte spesso ad uno stato di subinvoluzione uterina, vengono per lo più riferite a questa, o ad una presunta o dimostrata ritenzione di particelle d'un uovo. Se non che la massa dell'utero, invece di scemare lentamente o mantenersi stazionaria, aumenta con una certa rapidità fino ad un modico volume, che non sorpassa mai quello di un utero gravido al terzo mese, e le secrezioni da prettamente sanguigne si fanno miste, ed anche fetenti. È il periodo dello sviluppo intrauterino della lesione, ma è già un periodo estremamente pericoloso. L'immediato contatto degli elementi neoformati colla corrente sanguigna, mette fin dai primi momenti la donna nel pericolo continuo di una infezione generale. Questo pericolo si fa maggiore quando nel neoplasma la degenerazione della muscolatura, e la distruzione delle pareti vasali hanno dato luogo ad emorragie nella sua stessa trama. È per questo che in un periodo relativamente precoce, prima ancora che erompano in tutta la loro gravezza i sintomi più minacciosi, la donna ha un aspetto di estremo pallore, sproporzionato alle condizioni anemiche; è in un vero stato di cachessia. In questo momento, eliminato coll'esame vaginale il sospetto di un fibroma d'utero, perchè ne manca sempre la caratteristica consistenza, la diagnosi resta ancora in sospeso per il dubbio si tratti di un aborto o di una ritenzione di residui abortivi, od

anche di un carcinoma del corpo dell'utero. Nè la diagnosi riesce più facile, se anche il dito riesce a farsi strada nella cavità uterina, ove la massa parzialmente ulcerata e la disposizione trabecolare del tumore, possono fingere la presenza di residui ovulari o di una vegetazione cancerosa. Qui l'esame microscopico gioverebbe, se non altro per via d'esclusione; fortunati quando si arrivasse col raschiamento ad ottenere dei lembi ove il microscopio dimostrasse l'esistenza di elementi sarcomatosi.

A sviare sempre più il corso delle indagini diagnostiche concorrono altri sintomi; io riscontrai, per esempio, distintissimo per il primo caso un soffio uterino, la cui origine nei vasi sfiancati ed ipertrofici si può facilmente spiegare. Non tardano però gli indizi, che coll'avvenuta generalizzazione del male, ci provano anche omai inutile ogni soccorso dell'arte. Fra questi indizi deve figurare la presenza di tumoretti bleuastri in vagina, sulla cui superficie la mucosa si può ancora per un certo tempo facilmente spostare, tumoretti che alla vista ed al tatto forniscono le maggiori analogie colla presenza di nodi varicosi lungo il decorso della vena. Con estrema, inattesa rapidità si vedono questi nodi tendersi, farsi lividi, la mucosa assottigliarsi, e perforarsi infine per usura: posto così allo scoperto un nodo che essenzialmente risulta da un focolaio emorragico, nulla di più facile che abbia a tener dietro una copiosa strabocchevole emorragia; che se il sangue stravasato nel nodo aveva già formato un coagulo compatto, l'emorragia può mancare anche alla ulcerazione dei nodi vaginali. Non sempre si arriva a questo punto, chè l'infezione nel circolo sanguigno moltiplica contemporaneamente nei polmoni i focolai metastatici. È in questo momento che la donna già allo stato di cachessia si vede farsi dispnoica, e offrire all'esame toracico i rantoli disseminati, i fremiti, le circoscritte ipofonesi, talora i dolori puntori che caratterizzano l'insorgenza dei nuovi focolai. Grande importanza diagnostica assume in questo momento lo sputo mucoso sanguigno; ma ormai la diagnosi non rappresenta che la soddisfazione di una curiosità scientifica: al rapido deperimento organico contribuiscono le febbri, spesso inizianti con brivido, finchè in uno spazio di tempo di pochi giorni dalla prima comparsa delle manifestazioni polmonari, la donna soccombe.

Nel 1893, cioè due anni dopo di me, il Sänger, pur avendo negato il battesimo ai miei casi, vi trovava però tale somiglianza di decorso

clinico col suo, che, per stabilire un quadro tipico della nuova malattia non trovò di meglio che di riportarlo, come egli stesso dice, nelle sue linee principali dalla mia comunicazione: dall'autorevole monografia del Sänger il quadro clinico è poi passato invariato agli altri osservatori che a vero dire ben poco o nulla trovarono d'aggiungervi o da modificarvi.

Un punto che contraddistingue in modo caratteristico l'andamento clinico, e che per la sua superficialità e pel suo aspetto patognomonico costituisce un sintomo della massima importanza, è pur sempre quello fornito dalle frequenti metastasi vaginali: si può dire che basti la sola presenza e il rapido, veramente fulmineo, sviluppo di questi tumoretti bleuastri sottostanti alla mucosa vaginale per giustificare un giudizio diagnostico. Il primo caso che sia stato diagnosticato in vita è indubbiamente il secondo dei miei casi, e lo fu fin dal momento in cui si scoperse il tipico tumore vaginale: anche nel caso quarto bastò uno sguardo ai genitali della donna per indurre subito il grave sospetto, pur troppo confermato dall'esame del raschiamento.

In non meno di 18 sui 41 casi è espressamente menzionata tale localizzazione metastatica: che essa però non implichi una sentenza di incurabilità del male lo proverebbe il caso di Schauta, nel quale la constatata metastasi vaginale non disturbò l'esito buono della isterectomia.

Un altro punto della sintomatologia che merita di essere segnato con speciale attenzione è il rapido aggravarsi della anemia e della cachessia: io ho trovato all'ematimetro del Fleischl dal 10 al 15 0[0 di emoglobina, con 1260000 globuli rossi: Müller dal 15 al 20 0[0 con 3200000 globuli rossi. L'aspetto cachettico non può a meno di fare impressione quando lo si metta in rapporto coll'anamnesi, e coll'entità delle perdite sanguigne.

I fenomeni di metastasi polmonari sono pure frequenti, ma meno facilmente rilevabili dal clinico: ed anche se rilevati, indussero più spesso in errori diagnostici, tra i quali più comune lo scambio con un processo tisiogeno polmonare. Se, come vedemmo, è lecito credere che nel caso del Gregorini la allegata tisi polmonare velasse un processo metastatico, è certo che ad una tisi si pensò in vita nel caso di Sänger, in quello di Pfeifer, in quello di Bacon, in quello di Zweifel. I sintomi clinici di lesione polmonare furono per lo più dolori in diversi punti del torace, la tosse insistente, stizzosa, con escreato muco sanguinolento, senza che

mai vi sia riescita la constatazione di elementi specifici: qualche volta qualche circoscritta ipofonesi.

Del resto se ai sintomi clinici rispose in 15 casi la constatazione anatomica di una lesione polmonare metastatica, e se in altri, come in quelli del Löhlein, del Fraenkel, dello Zweifel, del Lebensbaum e nel mio quarto caso, mancata la sezione degli organi toracici tutto porta a credere alla esistenza della lesione stessa, non si dimentichi che si possono avere sintomi di alterata funzione del polmone anche senza che probabilmente vi esista ancora alcuna lesione anatomica. Così vorrebbe spiegare il Gottschalk la tosse molestissima che angustiava ad accessi la sua paziente e che sparve come di botto dopo l'isterectomia, per ricomparire più tardi colla recidiva metastatica del tumore. Ritiene dunque il Gottschalk che i primi accessi di tosse fossero solo l'indizio dell'irritazione insistente derivante al polmone dal continuo trasporto embolico di elementi neoplastici per la corrente sanguigna, prima ancora che dagli emboli fissati risultasse il nodo metastatico. La spiegazione del Gottschalk io la trovo razionale, e credo possa trovare applicazione anche nel mio primo caso di isterectomia a spiegare il dissiparsi della tosse subito dopo l'operazione, e la mancanza poi di tardive metastasi.

Sintomo pure importante è la febbre, che quasi sempre accompagna gli ultimi stadii del male, e che non di rado si manifesta anche negli stadii primi. Che la febbre settica degli ultimi stadii rappresenti la conseguenza di una infezione secondaria fattasi strada attraverso le masse ulcerate dell'utero, e più ancora della vagina, è l'ipotesi più plausibile, confortata anche da fatti. Così nei vasi avvicinanti un nodo metastatico vaginale io descrissi nel 1891 la presenza di numerose colonie di streptococchi (fig. 9) che furono poi trovati nelle cavità sierose e nel sangue del cuore dal Bacon, e sulla superficie ulcerata dell'utero dal Marchand nel caso operato dall'Everke. Quanto alle febbri dei primissimi stadii del male, il clinico non può dimenticare il fatto così spesso osservato di un notevole transitorio rialzo di temperatura durante e subito dopo la espulsione di una mola vescicolare, anche all'infuori di ogni probabile processo settico. Resta perciò aperto l'adito al sospetto della introduzione nel circolo di materiali pirogeni prevenienti dal contesto stesso della mola, e la stessa interpretazione si potrebbe senza sforzo invocare anche pei nostri casi clinici.

Ai sintomi più comuni altri naturalmente se ne sovrappongono dovuti alla specialità della metastasi, quando queste si verifichino con localizzazioni straordinarie. Fra queste trovo notata due volte, e confermata dall' autopsia, la metastasi cerebrale nei casi del Tibaldi e del Gottschalk: in ambedue si ebbero sintomi del tumore cerebrale nella cefalea e nel vomito. Il vomito insistente fu pure osservato dal Tannen e dal Superno. A confermare l'analogia fra i casi del Tibaldi e del Gottschalk sta la rara metastasi renale, che da quest'ultimo fu diagnosticata per il tumore evidente e per la comparsa nell' urina di grossi elementi che avevano la massima analogia con quelli del neoplasma.

Il consiglio da me dato nel 1891 di esaminare a scopo diagnostico il sangue circolante nelle pareti vaginali, era basato sulla constatata presenza di cellule gigantesche nel lume dei vasi: lo stesso consiglio fu risuscitato dal Gottschalk nel 1894 come mezzo affatto nuovo di diagnosi.

Tutti quelli che siamo andati accennando sono sintomi sicuri e in massima parte costanti della lesione evoluta; ma al pratico importa riconoscere i segni della lesione iniziale. Ora questa, che non ha altra sintomatologia apparente se non quella di emorragie persistenti dopo l'espulsione di un uovo sano o malato, con anemia sproporzionata alle perdite ed irregolare involuzione dell'utero, non può essere caratterizzata se non dall'esame del contenuto uterino. Ed eccoci così dai sintomi portati a parlare della anatomia patologica.

Come si caratterizza questa neoformazione (non abbiamo nemmeno nella patologia generale una giustificazione sufficiente per adottare la parola di tumore) nei suoi stadii iniziali e nella sua ulteriore evoluzione locale e metastatica? Nel rispondere a questo quesito io procurerò di tenermi scrupolosamente lontano da ogni preoccupazione di interpretazione patogenetica, e di riferire obbiettivamente ciò che mi pare risulti dall'esame comparativo dei 41 casi.

Mettiamo avanti un dato indiscutibile, perchè da tutti gli osservatori ammesso, ed altamente valutato nel suo significato diagnostico. La parete uterina, per il fatto della neoformazione determinatasi sulla zona placentare, va incontro a questo livello ad un processo di disgregazione dovuto all'infiltrarsi di elementi insoliti fra i fasci e fra le fibre muscolari. A tale disgregazione della tonaca mascolare, le tante volte già per-

cepita dal dito o dallo strumento usati per lo svuotamento dell'utero dalle masse vegetanti che lo occupano, si associa, benchè non tutti gli osservatori l'abbiano constatata, la penetrazione degli stessi elementi nei vasi dell'utero e segnatamente nelle vene.

Ma quali caratteri hanno questi elementi invadenti, penetranti, come li qualifica il Bacon?

Cerchiamo di stare puramente e semplicemente alle descrizioni che i singoli autori ne hanno dato.

Il Sänger li dice infiltrati fra le fibre muscolari che appaiono divaricate, rotte, pallide, e li descrive come cellule epiteliali di forma arrotondata, quadrangolare, ovale, fusata, a clava, con nucleo grosso, intensamente colorato, qualche volta con molti nuclei e con protoplasma pallido e relativamente scarso. Il Pfeifer trova notevole l'infiltrazione delle grosse cellule fra gli elementi muscolari e la loro penetrazione nei vasi. Io descrivevo alla periferia della neoformazione delle cellule colossali con nucleo intensamente colorabile e con protoplasma relativamente scarso, insinuati fra i fasci muscolari, e capaci di adattarsi colla loro forma alla forma degli interstizii che occupano.

Il Löhlein ricorda le grosse cellule deciduiformi dissocianti lo strato muscolare. Nové Josserand e Lacroix si fermano con speciale attenzione su questi elementi a dimensioni colossali, arrotondati, o poligonali, o fusiformi con protoplasma omogeneo o finamente granuloso, qualche volta con più nuclei; alcuni di questi elementi si distinguono per la ricchezza del nucleo in sostanza cromatica. I nuclei sono polimorfi: si tingono così intensamente per la sostanza colorante da non lasciarne distinguere la struttura. Gli elementi si insinuano a guisa di cuneo fra le fibrocellule muscolari dissociandole. Anche il Fränkel vede delle masse protoplasmatiche con nuclei di volume straordinario e ricchissimi in cromatina atteggiarsi a cellule giganti. Il Klein descrive degli elementi giganteschi pei quali cerca un raffronto nelle descrizioni mie e di Nové Josserand. Menge, come già vedemmo, fu così vivamente impressionato dalla somiglianza fra i grossi elementi da lui trovati in mezzo alle fibre muscolari e quelli da me descritti, da accettarne senz'altro la identità e perfino l'interpretazione patogenetica. Cellule molto grosse fra le fibre muscolari dissociate, e con nuclei ricchi di sostanza cromatica descrisse anche il Jeannel. Il Tannen, che non riesce nella descrizione a liberarsi

della preoccupazione sul significato di questi elementi, li qualifica per voluminose cellule deciduali che si insinuano fra le fibre muscolari disgregandole e distruggendole. Il Whitridge Williams ha trovate delle cellule nucleate rassomiglianti a cellule giganti: il Kuppenheim cellule grandi epiteloidi che si spingevano fra le cellule muscolari. Il Bacon vede delle cellule insinuate fra i fasci muscolari, notevoli pel loro volume e pel grande nucleo intensamente colorabile.

Se oltre le parole di cui gli autori hanno fatto uso, si confrontano le figure che corredano molti di questi lavori, non si può esitare ad affermare che gli elementi grossi visti fra i fasci muscolari, abbiano pei diversi casi più che una analogia, una identità; per conto mio posso riferirmi alle figure 6 e 7 che accompagnavano il mio primo lavoro, e che sono nella storia dell'argomento il primo tentativo di riproduzione grafica di questi elementi, nonchè alle figure 10 e 11 della tavola III, che li raffigurano nel tessuto connettivo e sotto l'endotelio dei vasi.

Se ho messo avanti i dati riferibili a queste cellule intramuscolari, è perchè mi pare la loro caratteristica presenza ed il loro significato di malignità per lo meno locale, meriti un posto di primo ordine nelle note distintive della lesione, anche per la frequenza con cui vennero osservate. Non è però che io ritenga abbiano la parte essenziale nella costituzione del neoplasma, parte che spetta invece ad altri aggruppamenti cellulari di cui ora terremo parola.

Disseminati di solito in mezzo a focolai sanguigni, nel tumore uterino si trovano dei gruppi di cellule rotonde a grande nucleo, dice il Sänger, con notevole analogia colla disposizione di alveoli cancerosi. Queste cellule rotonde sono disposte in una specie di reticolo nei cui punti nodali si trovano dei nuclei isolati, od anche degli accumuli di nuclei formanti cellule giganti.

Io notavo pure in una specie di reticolo fibrinoso degli elementi disposti quasi ad isole, limitati alla periferia dalla muscolatura e dalle predette cellule gigantesche. Più tardi descrissi, nel caso originato da mola vescicolare, degli accumuli cellulari assumenti la forma ramificata dei villi, limitati alla superficie esterna da uno strato plasmodiale con grossi nuclei giganteschi, e risultanti nell'interno da cellule pigiate le une contro le altre, a forma poliedrica, con nucleo ovale, e con manifeste forme cariocinetiche. Qua e là la sostanza protoplasmatica ricom-

pariva in mezzo alle cellule per imitare degli spazii contenenti del sangue.

Gottschalk trovava analogamente delle masse in forma villosa, ricoperte da uno strato protoplasmatico con nuclei grossi e contenenti degli ammassi di cellule molto ricche di protoplasma, addossate l'una all'altra senza intromissione di sostanza cellulare e senza vasi.

Löhlein oltre alle grosse cellule deciduiformi dissocianti le fibre muscolari, vide il neoplasma risultare da nidi di cellule sarcomatose rotonde. Nové Josserand e Lacroix vicino alle cellule colossali e fortemente colorabili, altre ne trovarono più piccole che assomigliano ad una cellula connettivale priva delle sue espansioni protoplasmatiche: il Klien ammise pure le due sorta di cellule. Il Menge raffigura in modo evidente nella fig. 2 del suo lavoro, le due sorta di elementi che costituiscono il neoplasma, e che egli distingue per la maggiore o minor tingibilità; gli uni, molto tingibili, hanno una disposizione come di uno strato plasmodiale continuo, gli altri sono cellule tondeggianti o poliedriche limitate dallo strato plasmodiale.

Hartmann e Toupet presentano le masse neoplastiche in forma di villi con uno strato protoplasmatico molto spesso, e con un vero connettivo nel loro interno munito di spazii sanguigni.

Il Marchand è quello che con maggior precisione distingue una parte protoplasmatica ed una parte di cellule poliedriche. Lo Schauta trova elementi che hanno l'aspetto di cellule deciduali, ed altri che hanno l'aspetto dell'epitelio coriale. Il Whitridge Williams accenna a cellule nucleate e ad uno strato plasmodiale. Il Bacon ha pure delle cellule isolate ed un vero sincizio.

Il reperto degli ultimi tre casi da me descritti, appare consegnato nelle tavole. La coesistenza di due sorta di elementi è evidente nelle figure 1, 2, 3 della tav. I, riproducenti il nodo metastatico vaginale. Riassumendo, senza più oltre dilungarci in dettagli che ci costringerebbero a ripetere i reperti dei singoli autori, la coesistenza di due elementi diversi nel neoplasma caratteristico è ammessa dalla maggior parte degli autori, e risponderebbero press' a poco a quelli da me descritti per il caso di mola vescicolare; uno strato plasmodiale cioè, atteggiato anche a reticolo, e delle masse di cellule tondeggianti o poliedriche. In più d'un caso al posto dello strato plasmodiale, cioè verso la periferia,

si trovano indicate delle cellule giganti, analoghe a quelle infiltranti i fasci muscolari.

Volendo cercare di mettere un po' d'unità nei reperti qualche volta un po' contradditorii, pur rimanendo sempre in un campo puramente obbiettivo, potremmo dire che per la quasi totalità dei casi di così detto sarcoma deciduo cellulare le note anatomiche caratteristiche sono rappresentate:

a) da infiltrazione in mezzo alle fibre muscolari e lungo i vasi, e nel lume stesso di questi, di elementi colossali rispondenti a quelli effigiati nelle fig. 10 e 11.

b) nel cuore del neoplasma, da ammassi di cellule tondeggianti o poliedriche, spesso in attiva fase cariocinetica, limitati verso la periferia da un sincizio o da cellule gigantesche.

Dovunque il prodotto del raschiamento presenti questi caratteristici reperti, potremo tenere per giustificato il concetto di un neoplasma maligno orditosi sull'area di inserzione placentare.

* * *

Fino a questo momento noi non abbiamo invocato alcuna interpretazione, limitandoci ad una vera presentazione di preparati. Ma sebbene esitanti, impossibile esimerci dall'entrare nel cuore della questione. È tanto più un dovere per me che fui accusato di aver fatto delle ipotesi sulla patogenesi, non resistenti alla critica, del che amo scagionarmi.

Quando io affrontai la prima volta la questione, non aveva la scienza che i casi di Sänger e di Pfeifer-Chiari; la loro interpretazione perfettamente concorde, sebbene data all'insaputa l'una dell'altro, aveva per questa circostanza tanto maggior valore. Come lo dice il nome da essi scelto, si volle dai caratteri anatomici stabilire nelle cellule deciduali il punto di partenza del tumore. Io che in realtà non potevo dire d'aver riscontrato questa assoluta identità fra la cellula deciduale fisiologica e le cellule del neoplasma, e che per di più mi vedevo davanti in uno stesso tumore elementi affatto disparati, riconobbi la stretta parentela dei miei casi con quelli di Sänger e Pfeifer, non potei che accedere al geniale concetto dell'origine puerperale, ma quanto poi al fissare nella cellula deciduale il tipo del fatto patologico che avevo davanti non potei

a meno di fare delle riserve. Lo ripeto, riserve, e non una negativa assoluta e queste riserve le subordinavo alla opportunità di studiare meglio il tessuto deciduale nella sua evoluzione. « Occorrerebbero osservazioni « di gradi intermedii, non degli estremi della lesione, il che consiglia « a portare l'attenzione degli anatomici sui casi di subinvoluzione ute- « rina post-puerperale, per seguirvi l' eventuale abnorme proliferazione « delle cellule deciduali nei suoi primissimi momenti. Per queste con- « siderazioni può giudicarsi forse ancora prematuro il tentativo di Sänger « di stabilire un gruppo a sè di sarcomi col titolo di sarcoma deciduo « cellulare; mentre d'altra parte i dati anamnestici, il modo di diffon- « dersi, la tendenza alle emorragie risultante dallo sviluppo endovasale, « fanno più che probabile il rapporto eziologico tra i processi puerpe- « rali e questa sorta di tumori. »

Come è noto, spiacquero al Sänger queste parole e la mia prudente riserva, che oggi però io dovrei in coscienza ripetere, se al posto dell'ipotesi di Sänger una non se ne fosse presentata, che ha molti, maggiori appoggi in suo favore.

Quanto a me, dubitavo allora, ma ero ben lungi dal voler erigere su un terreno così instabile come allora si possedeva una interpretazione patogenetica. Solo mi limitai, in vista dei rapporti tra le cellule giganteschе infiltranti, e le fibre muscolari dell' utero, ad avanzare l'ipotesi che quegli elementi giganteschi, sì bizzarri nel loro polimorfo aspetto, derivassero da una trasformazione delle fibre muscolari stesse. Se ancora oggi rivedo quei preparati, devo dire a mia scusa che l'impressione è sempre quella, come devo anche ricordare la difesa vivacissima che della mia ipotesi ha fatto il Menge. Nei miei preparati, dice egli, le forme di passaggio dalle fibre muscolari alle cellule grosse si possono seguire in tutti i loro stadii: è l'invasione delle cellule di origine deciduale che dà la spinta a questa trasformazione degli elementi muscolari. Il Menge però si spinge più in là che io non osassi fare; per me le fibrocellule degenerate non rappresentavano punto la parte essenziale del neoplasma, ma solo una reazione locale dei tessuti ove questo si sviluppava: per il Menge si tratterebbe di vere cellule sarcomatose originate dalle fibre muscolari.

Del resto non voglio insistere sulla mia interpretazione di questa parte accessoria, sebbene abbia trovato conforto anche negli studii di

Klien e di Bacon. Questo ultimo vide e riportò alla fig. 5 delle fibre muscolari degenerate in forma bizzarra, a nucleo polimorfo e colossale, ma aggiunge che non rappresentano però la matrice delle cellule del tumore come vorrebbero, egli dice, Menge e Pestalozza. Questa riserva, se è giusta di fronte alla ipotesi di Menge, non lo è per la mia, che mirava solo a stabilire di fronte al neoplasma invadente una reazione caratteristica del tessuto muscolare. Giacchè sono sull'argomento non posso trascurare l'osservazione del Whitridge Williams che in un *mioma sarcomatode* trovò una notevole analogia coi fatti da me osservati (36), nè la più recente del Morpurgo (37), che conferma i fatti osservati dal Williams, nè infine i lavori del Pick (37 *a*) che conferma la possibilità da me esposta di una trasformazione delle fibre muscolari liscie in cellule giganti mono e pluricellulari.

Se malgrado il conforto che da queste concordi osservazioni verrebbe alla mia interpretazione di tali elementi giganteschi, io non credo di dovervi troppo insistere, è perchè mi pare si potrebbe forse anche trovare a questi elementi un corrispettivo fisiologico: mi basterà ricordare gli elementi cellulari giganteschi della placenta normale descritti ad es. dal Minot, dal Duval, dal Clivio, e raffigurati splendidamente nella fig. 19 del lavoro di Clivio (37 *b*); elementi il cui protoplasma assume una leggiera colorazione, mentre il grosso nucleo si tinge fortemente. Questi elementi se normalmente non danno luogo a disgregazione di fasci muscolari, si videro però spingersi fino nella muscolatura; e mentre il Minot li ritiene fasi regressive di cellule dell' epitelio migrate nella muscolatura, il Clivio avanza, con molte riserve, l'ipotesi che siano elementi vasoformativi.

Ma lasciamo questo punto per addentrarci nell'interpretazione della parte essenziale del tumore. Il nostro compito è enormemente facilitato a questo riguardo dal lavoro di critica finissima e fortunata fatto dal Marchand, a cui rimando volontieri il lettore per evitare una ripetizione omai inutile. Stabilito che il neoplasma origini sulla zona di inserzione placentare, in altri termini sulla caduca serotina, era naturale che si passassero in rivista tutti gli elementi normali costitutivi di questa, per trovarvi il punto di partenza del tumore. O la caduca o i villi placentari. Non occorre ripetere per quante fasi di interpretazione sia passata la struttura complessa della placenta umana: quello che, come fatto,

si eleva sopra tutte le discussioni possibili è la presenza in essa di questi elementi:

a) le cellule deciduali, per consenso *quasi* unanime di natura e derivazione connettivale, con una sostanza intercellulare e con vasi proprii a parete endoteliare;

b) il rivestimento esterno del villo, uno strato plasmodiale, o sincizio, con nuclei disposti in serie regolare;

c) lo strato profondo dell'epitelio, o strato cellulare del Langhans che tanto difficilmente si riconosce negli stadii più avanzati di sviluppo;

d) lo stroma del villo coi vasi proprii.

Questi quattro elementi che, all'infuori degli spazii sanguigni intervillosi privi di una parete propria, rappresentano tutti i costituenti della zona placentare, furono volta a volta invocati come punto di partenza del neoplasma od ognuno per sè, od aggruppati nelle diverse possibili combinazioni. E senza escludere che possa per l'avvenire sorgere qualche altra combinazione, diremo che si tentò di spiegare il tumore:

1.° con una proliferazione maligna di *a* cioè cellule deciduali;

2.° con uno sviluppo patologico di *b*, epitelio esterno o sincizio dei villi;

3.° con una esagerata proliferazione di *c*, epitelio profondo, o strato cellulare del Langhans;

4.° con una anomala produzione di *d*, stroma del villo;

5.° coll'associazione del maligno sviluppo di *b* e di *c*, epitelio superficiale e profondo;

6.° con una associazione di *b* e di *d*, epitelio superficiale e stroma.

A dire il vero, le indagini in proposito rappresentano un argomento di primario interesse pel patologo, ma dal punto di vista clinico non pare che al presente possa la soluzione di questi quesiti influire in modo sensibile sulla diagnosi del male nè sulla sua cura. E la prudenza nelle deduzioni di questo genere non è mai abbastanza raccomandata, quando si pensi che nè *a*, nè *b*, nè *c*, sono elementi sulla cui natura e reciproci rapporti genetici siano ancora d'accordo gli embriologi. Come arrischiarsi a fondare conclusioni di ordine patologico là dove la interpretazione fisiologica è ancora sì intricata e malsicura?

Sulle cellule deciduali in verità l'accordo è quasi completo: la interpretazione più attendibile per autorità di osservatori, è che esse

derivino da una evoluzione delle cellule connettivali della mucosa uterina. È però sorta da qualche tempo l'affermazione che le cellule deciduali siano di origine embrionale, e che ripetano per l'appunto il loro punto di partenza da una migrazione in seno alla mucosa uterina di cellule provenienti dall'ectoderma fetale. Come ciò si possa accordare colla presenza di cellule deciduali nella mucosa uterina anche in casi di gravidanza extrauterina io non saprei vedere, e preferisco perciò attenermi ad una opinione che è basata su fatti troppo concludenti di osservazione diretta.

Quanto allo strato plasmodiale o protoplasmatico o sinciziale, che riveste il villo in tutti i periodi del suo sviluppo e si riscontra anche a termine di gravidanza, fu dalla grande maggioranza degli embriologi ritenuto di origine embrionale, rispondente all'ectoderma fetale: ne dissentiva l'Ercolani che, senza entrare in molti dettagli sulla sua natura plasmodiale, lo descrisse come fornito dalla serotina, perciò di provenienza materna: opinione questa che, dopo gli studii di Strahl sugli animali, ci ritorna sotto altra forma, intendendosi cioè che questo strato sinciziale altro non rappresenti che l'epitelio uterino trasformato per scomparsa dei confini cellulari. Sarebbe proprio fuor di luogo l'esprimere qui comunque una opinione su di una questione che non si può risolvere che con osservazioni minute ed irte delle più gravi difficoltà; mi limiterò a dire che la maggioranza degli embriologi, specialmente della Germania, vi hanno fatto adesione, sicchè si riterrebbe che lo strato sinciziale sia di provenienza materna.

Quanto allo strato cellulare o del Langhans, dal nome di chi primo ne descriveva la struttura, la costanza e le fasi, rappresenterebbe il vero ectoderma fetale, e di esso si può avere facilmente un'idea gettando lo sguardo sulla fig. 14 *b*, tav. III, che, noto subito, appartiene ad una placenta a termine anormale, in quanto che, per norma, verso il termine della gravidanza lo strato cellulare stesso si assottiglia per scomparire.

Sullo stroma, di origine embrionale mesodermica, non sorge dubbio quanto alla provenienza ed interpretazione.

Se dunque si vuole accettare questa interpretazione della struttura della placenta, i tumori di cui ci occupiamo avrebbero significato ben diverso a seconda dello strato da cui si vogliono ripetere.

Apparterrebbero al gruppo dei tumori di origine connettivale, se

procedenti dalle cellule deciduali (origine materna). Se si derivano dall'epitelio esterno dei villi, pur conservando la provenienza materna, dovrebbero intendersi quali tumori di natura epiteliare.

Se si vogliono ripetere dallo strato cellulare, avrebbero sempre il significato epiteliare, ma sarebbero di indubbia origine fetale; sarebbero infine di natura connettivale e di origine fetale se prendessero punto di partenza dallo stroma dei villi. In modo che l'interpretazione potrebbe essere, data l'origine materna, quella di un sarcoma (deciduale) o di un epitelioma (sinciziale): e viceversa, data l'origine fetale, di un epitelioma (cellulare) o di un sarcoma (stroma).

Ora quale di queste interpretazioni vorremo noi accogliere? Nel concetto razionale che all'unicità del quadro clinico risponda un'unica lesione anatomica, certamente riserberemo le nostre simpatie a quella interpretazione che meglio si presti a tutti i casi.

Ora può dirsi ciò della opinione di Sänger? In altre parole, la cellula deciduale può dirsi il punto di partenza di questa proliferazione maligna? Vi ha chi lo nega assolutamente, ad esempio il Ruge (47). Questi va forse troppo avanti, nell'attuale incertezza delle nostre conoscenze in proposito, quando nega alla cellula deciduale ogni capacità ad una trasformazione sarcomatosa. Chè anzi vi sono delle considerazioni che portano a pensare ad una attiva vitalità della cellula deciduale. Così io trovavo un rivestimento deciduale perfetto nel mio terzo caso, parecchi mesi dopo terminata la gravidanza, e il Sänger stesso ci presentò dei preparati con cellule deciduali della rispettabile età di otto anni. E in ricerche praticate lo scorso anno io rintracciavo cellule deciduali nella mucosa qualche mese dopo l'aborto, e perfettamente conservate senza indizio di degenerazione (38): e il reperto si confermava con quelli di Chiari (39) e di Orthmann (40), tanto che, pur facendo le consuete riserve, mi pareva che ci si avvicinasse ad una dimostrazione diretta del supposto di Sänger. Ma mentre ad ogni modo l'ipotesi di Sänger non mi spiegava le forme strane delle cellule gigantesche interposte alle fibre muscolari che proprio colle cellule deciduali non hanno la più lontana somiglianza, le considerazioni del Marchand ci impongono di cercare altrove. Il tipo della decidua, colla sostanza intercellulare interposta alle cellule, coi vasi ad endotelio proprio, invano si cercherebbe, ad onta di qualche somiglianza cellulare, nelle cellule addossate intimamente, poliedriche,

senza traccia di vasi interposti che in tutti i casi formano la parte essenziale del tumore.

E d'altra parte, come si spiegherebbero con questa ipotesi i casi come quello che io descrissi nel 1891, e che, con buona pace del Gottschalk, è proprio il primo che abbia dimostrato la possibile invasione dell'organismo materno da parte dei componenti di villi coriali alterati?

Di fronte al ripetersi, dopo il primo da me descritto, di casi che confermavano la presenza nel neoplasma di elementi derivanti dai villi, si disegnò nell'interpretazione una diversa corrente.

Vi fu chi, come il Fränkel, pensò ad uno sviluppo patologico dell'epitelio esterno dei villi coriali, o sincizio. Il Kossmann in uno studio puramente critico (41) trovò ripugnante ad ogni logico concetto l'idea di un tumore che invada l'organismo materno provenendo dal feto, e però, pure accogliendo l'idea del Fränkel quanto al substrato anatomico che sarebbe il sincizio, gira le difficoltà di interpretazione collo schierarsi in favore dell'origine materna del sincizio. È dunque al Kossmann che spetta l'idea di interpretare la lesione come un cancro dell'utero, che abbia colpito l'epitelio uterino trasformato per la gravidanza in sincizio. Quanto all'esistenza di forme cellulari isolate, il Kossmann propende ad attribuirle ad una ricomparsa nel sincizio dei confini cellulari.

Riservando ogni giudizio su questa interpretazione del Kossmann, vediamo come si esplichi invece il concetto del Marchand. Per lui nessuna difficoltà ad ammettere l'intervento di elementi di origine fetale: soltanto questo intervento sarebbe limitato all'ectoderma, o strato cellulare del Langhans, mentre concorrerebbe però alla formazione del tumore anche lo strato sinciziale. Di modo che, siccome il Marchand si accosta pure all'idea dell'origine uterina del sincizio, il neoplasma risulterebbe contemporaneamente da elementi materni e da elementi fetali. Può anzi dirsi che in un ulteriore interessantissimo lavoro dello stesso Marchand sulla struttura della mola, la parte riservata al sincizio venga a perdere di importanza di fronte a quella che spetta all'elemento cellulare.

Vi è infine il Gottschalk, che si è fatto paladino di una compartecipazione attiva dello stroma connettivale del villo trasformato in tessuto sarcomatoso, e che di questa sua interpretazione si vale per accampare delle priorità di osservazione, che come vedremo non hanno alcun fondamento.

Se io dovessi dichiararmi per l'una o per l'altra di queste interpretazioni, mi metterei subito d'accordo col Marchand per scartare senza altro l'idea del Gottschalk. Per far ciò mi è necessario modificare in parte alcune delle considerazioni che io avevo fatto nel 1891. Io allora mi ero lasciato portare alla conclusione che i villi alterati trovati nel tumore e nei nodi metastatici fossero composti, e dell' epitelio e dello stroma connettivale. Infatti io avevo interpretato come un connettivo embrionale quell'addossamento di cellule poliedriche che si trovava al disotto dello strato protoplasmatico; ma oggidì, di fronte ai preparati ed ai disegni che allora riportai, non esito ad ammettere come pienamente convincenti le ragioni per le quali il Marchand nega a quei miei ammassi cellulari ogni carattere connettivale, e li qualifica come cellule epiteliari. Ripeto, la nuova interpretazione combina perfettamente colla vecchia descrizione, e mi piace ricordare che fino d'allora in quelle masse di apparenza villosa io notavo che gli spazii contenenti sangue erano tutti circondati da un orlo protoplasmatico: oggi si direbbe sinciziale.

In realtà la mia interpretazione d' allora era poggiata sul concetto che generalmente si aveva della mola vescicolare, ed io stesso mi induceva a stento (pag. 15) ad ammettere carattere connettivale a quelle masse cellulari che, dicevo, hanno negli stadii più giovani il carattere di cellule epiteliari. Oggi, e senza nulla modificare nella descrizione di quel caso, non potrei ripresentarlo che accedendo alle idee del Marchand, che cioè nelle produzioni villose fosse rappresentato esternamente il sincizio, ed internamente lo strato cellulare.

E siccome il caso di Gottschalk non ha, ad onta delle ripetute denegazioni dell' autore, alcun dettaglio anatomico che si scosti dal mio: siccome anch'egli trovò delle masse in forma di villi formate alla periferia da uno strato plasmodiale, e nel centro da elementi grandi, ricchi in protoplasma, addossati senza intromissione di sostanza intercellulare, e con mancanza completa di vasi, così concludo per la completa identità del suo col mio caso, e coll'ammettere come la più plausibile anche per esso la interpretazione del Marchand.

Lo stesso si dica della maggior parte dei casi ove la struttura villosa dei nodi del tumore era evidente; fa eccezione il caso di Hartmann e Toupet nel quale è descritto alle produzioni villose un vero stroma, con vasi a pareti proprie e con struttura che anche dalle figure si do-

vrebbe giudicare assolutamente connettivale. Se bene studiato il caso, come ne dà affidamento l'esame fatto da Cornil, sarebbe l'unico in cui il villo prenda parte anche col suo connettivo, del resto non alterato, alla produzione del neoplasma. Dirò subito del resto che il trovare presso alla superficie uterina dei villi ancora integri, innicchiati nella muscolatura, non basta per affermare che il neoplasma coinvolga tutti gli elementi del villo. La fig. 8 ad es. ci riproduce un villo di cui è evidentemente alterato lo strato cellulare, e pochissimo modificato lo stroma; or bene, è da queste villosità che ha avuto origine l'infiltrazione maligna profonda e distruttiva che troviamo raffigurata nella tav. III, fig. 10 e 11, e mentre al punto di partenza abbiamo ancora lo stroma a dimostrare indiscutibilmente che si tratta di un vero villo, nelle zone profonde del male l'elemento connettivale non ha più a che vedere. Probabilmente qualche cosa di consimile si sarà avuto nei preparati di Hartmann e Toupet.

Per me dunque, seguendo Marchand, i casi tipici, che tali si potrebbero chiamare alcuni fra i miei, quello di Gottschalk, quelli di Menge, quelli del Marchand stesso, presentano nella neoplasia una porzione sinciziale ed una porzione cellulare di aspetto epiteliare. Alla porzione sinciziale sarebbero forse anche da attribuirsi le così dette cellule giganti, ove risultasse insussistente la loro derivazione dalle fibre muscolari. Che la porzione sinciziale ripeta, in proporzioni più ampie della norma, la struttura del rivestimento esterno del villo, nessun dubbio. Quanto alla porzione cellulare, sul cui aspetto epiteliare conveniamo perfettamente, il Marchand la vuol ricondurre allo strato cellulare di Langhans o strato profondo dell'epitelio del villo, o, nel concetto moderno, ectoderma fetale.

Questa opinione ha per sè molti argomenti, in parte addotti dal Marchand, e in parte risultanti dai miei preparati, ma presta anche il fianco a qualche obbiezione che mi par doveroso di non passare in silenzio.

Cominciamo dal vedere gli argomenti in favore. Intanto oggidì è messo in sodo che questo strato cellulare è un costituente fisiologico costante del villo. Accade di rado di poterlo mettere in evidenza nei villi a termine di gravidanza. Infatti esso ha per carattere una tendenza marcatissima alla disgregazione dei suoi elementi e alla scomparsa parziale o totale. Qualche volta però anche nella placenta a termine riesce

di agevole dimostrazione, come nel villo a fig. 14 che appartiene ad una placenta a perfetto termine. La tendenza alla disgregazione dei suoi elementi in una massa amorfa, che conserva qua e là qualche detrito nucleare, è pure dimostrata nella stessa figura alla lettera *e*. Ne risulta quella sostanza facilmente colorabile dai reattivi e sparsa in tanta copia nella placenta a cui fu dato il nome di fibrina canalizzata. Qualche volta la disgregazione non dà luogo ad un residuo solido amorfo, ma ad una sostanza liquida che può venir riassorbita, o può raccogliersi in quantità discreta formando delle piccole raccolte cistiche. La placenta a cui si riferisce la fig. 14 presentava esempii tanto della trasformazione diretta dello strato cellulare nella così detta fibrina canalizzata, quanto della trasformazione liquida o fusione a formare delle cisti. Si trovavano infatti sulla sua superficie fetale delle voluminose raccolte subcoriali con contenuto ora citrino ora rossastro, e le cui pareti, come dalla fig. 13, risultavano costituite da un accumulo di cellule epiteliali, delle quali mediante sezioni in serie si potè constatare la continuità ed identità colle cellule dello strato del Langhans. Tale osservazione mi permetteva già fino dal 1892 (42) di avanzare l'opinione che le così dette cisti della placenta potessero derivare da una trasformazione o fusione dello strato cellulare del chorion, cresciuto ad insolito sviluppo. Questa opinione fu successivamente confermata nel 1893 dall'interessante lavoro di Ehrendorfer (43) che, oltre allo strato cellulare, chiama in causa nella produzione delle cisti subcoriali anche il tessuto deciduale. Per mio conto ho da quell'epoca moltiplicate le osservazioni sulle cisti della placenta, che in dimensioni maggiori o minori si trovano con una frequenza assai maggiore di quanto per tradizione si riteneva: e tutte le volte che mi fu dato di esaminare una cisti subchoriale ho sempre visto riprodursi la stessa struttura, il che mi porta a pensare che, per lo meno nella grande maggioranza dei casi, il punto di partenza di queste cisti sia da ricercarsi in un'insolita produzione e fusione dello strato cellulare del chorion. In realtà, mancando una parete propria a queste raccolte, la forma cistica non sarebbe che apparente, riposando direttamente il liquido sul tessuto placentare, come già faceva osservare il Viti nell' accuratissima descrizione del caso illustrato da Falaschi (44). Anzi a questo proposito la descrizione fornita dal Viti che vide nella cisti il passaggio dal contenuto liquido alla sostanza fibrinosa, e da questa ad elementi grossi ir-

regolari con grosso nucleo vescicolare non farebbe, sebbene dal Viti diversamente interpretata, che fornire un appoggio al nostro modo di vedere. Anzichè vere produzioni patologiche risultanti da un processo morboso, si dovrebbero queste cisti ritenere per semplici anomalie dovute alla persistenza abnorme dello strato ectodermico del chorion, che sarebbe in condizioni normali destinato alla scomparsa negli ultimi mesi della gravidanza.

Ma non solo nelle cisti della placenta si rileva l'intervento di questo strato cellulare del chorion, ma anche in un buon numero dei così detti infarti bianchi della superficie fetale della placenta. Chi pone mente al fatto dell'associazione quasi costante di estesi infarti nei casi di cisti placentari, è già portato ad ammettere un nesso d'origine fra i due fatti; nesso che appare assai più evidente quando si esamini alla periferia o in vicinanza ad un villo una di queste masse biancastre o fibrinose. Lì non manca mai il reperto di qualche elemento più o meno alterato, spesso con più nuclei o con nucleo gigantesco o vescicolare, che segna nella facile tingibilità del suo protoplasma un primo grado di quella degenerazione che porterà poi alla distruzione dell'elemento stesso e alla formazione di una massa amorfa, la così detta fibrina canalizzata. Ora se un villo compreso in uno di questi infarti, e spesso affatto privo di vasi e con stroma stipato per probabile compressione (fig. 12), viene seguito mediante sezioni in serie nel suo andamento, si arriva ad una zona in cui le cellule vanno gradatamente ricomparendo attorno allo stroma, e più in là in un punto in cui il villo riprende il suo aspetto normale, e appare circondato come di norma da uno strato plasmodiale esterno, allo strato cellulare. Preparati convincenti di questo genere io ebbi già occasione di presentare all'Accademia Medica di Genova nel 1892 e al Congresso internazionale di Roma nel 1894, e ne trassi la conclusione, nella quale pure mi trovo d'accordo coll'Ehrendorfer, che cisti placentari ed infarti bianchi della superficie fetale ritraggano in gran parte una comune origine dallo strato cellulare dell'epitelio coriale.

Naturalmente non mi sono ignote le tante altre e ben diverse interpretazioni che dei due fatti si tentarono, ma riservandomi di farne oggetto di più dettagliato studio, non mi parrebbe ora del caso l'estendermi più oltre su questa specie di digressione.

Se mi sono permesso questa parentesi, è perchè credo, che il fare

oggetto di uno studio metodico lo strato cellulare del chorion nelle sue diverse fasi di normale od anormale sviluppo, ci possa giovare nell'argomento che andiamo studiando.

Ed ecco infatti che in uno dei preparati dei casi in questione ci accade di imbatterci ancora in questo strato cellulare. Si ponga l'occhio alle fig. 8 e 9 della tav. II. Nella fig. 8 noi vediamo un villo, quale occorse in una delle sezioni praticate sull'utero della seconda delle due donne che io operai di isterectomia vaginale per così detto deciduoma da mola vescicolare.

Ed ecco cosa osserviamo: nel centro uno stroma stipato ove più non si osservano vasi: attorno allo stroma uno spesso ammasso cellulare composto dal bizzarro addossamento di cellule delle più varie forme, che si impiantano direttamente sulla periferia del connettivo. Queste cellule si comportano diversamente di fronte alle diverse sostanze coloranti. Alcune assumono dall'ematossilina un colore pallido nel protoplasma; le più rimangono intensamente colorite dall'eosina. I nuclei assumono tutti intensissima la tinta dell'ematossilina, tanto intensamente che per lo più ne rimane velata la struttura intima del nucleo. Solo in alcuni nuclei si riesce a distinguere uno o due nucleoli. Spesse volte il nucleo è attorniato da una zona di protoplasma più pallido, trasparente, come se le note degenerative fossero tanto meno spiccate, quanto più ci portiamo vicino al nucleo. In alcune cellule il protoplasma irregolarmente granuloso presenta dispersi qua e colà degli avanzi di sostanza nucleare; altre cellule non ne hanno più traccia.

Lo spessore di questo strato cellulare è cospicuo: al suo limite esterno si trova una specie di orlo continuo che avrebbe quasi apparenza endoteliale: in realtà i nuclei allungati che vi sono disposti non rispondono ad altrettante cellule, ma sono disseminati in una massa protoplasmatica sottile e continua. Mettendo a raffronto questo villo con quello figurato nella tav. III, fig. 14, noi vediamo pressapoco la stessa disposizione: uno stroma non vascolarizzato, uno strato cellulare, un sottile velamento plasmodiale. La differenza più cospicua è nello spessore dello strato cellulare, e nell'aspetto dei suoi elementi, che segnano qui una degenerazione assai più avanzata.

L'aver trovato dei villi così alterati nelle pareti di un utero dal quale io stesso poco tempo prima aveva estratto una tipica mola vesci-

colare, mi suggeriva il sospetto che questa alterazione fosse in rapporto colla mola stessa, ed è perciò che nel Congresso di ostetricia del 1894 avanzai l'ipotesi di un nesso fra questa alterazione dello strato cellulare del villo e la genesi della mola vescicolare.

Ora nel frattempo sono apparsi dei lavori che danno un appoggio tale a quel mio sospetto, che non posso astenermi dall'accennarvi.

Il Fränkel si propose un metodico esame di diversi esemplari di mole (45). Il punto più importante della sua descrizione si riferisce a degli ammassi di grosse cellule rotonde o poliedriche con protoplasma finamente granuloso e confini cellulari ben distinti; la cellula è occupata quasi in totalità dal nucleo, grande, vescicolare, ricco di cromatina, spesso in cariocinesi. La loro posizione è entro i villi, per lo più verso la periferia, sotto il rivestimento epiteliale. Si staccano facilmente dallo stroma, con cui non sembrano continuarsi; in alcuni punti è evidente la loro continuazione collo strato cellulare sottoposto all'epitelio. Non è possibile scambiare queste cellule colle deciduali, con cui non hanno di comune che il volume.

Il Fränkel avendo trovato questi ammassi cellulari 6 volte su 10 esemplari di mola, e in stadio vitale e di proliferazione, li ritiene caratteristici della mola. E siccome sono istologicamente equivalenti agli elementi dei tumori maligni corio-deciduali, così viene alla conclusione che questi tumori derivano probabilmente da proliferazioni analoghe nei residui della mola rimasti in posto.

Ed ecco che il Fränkel, il primo sostenitore dell'origine sinciziale del neoplasma, accenna ad un mutamento di opinione, coll'ammettere l'intervento dello strato cellulare, per lo meno nei casi consecutivi a mola.

Non meno importante e assai più particolareggiato è il contributo portato dal Marchand (46) alla conoscenza della mola vescicolare.

Lo studio del Marchand ha questo di particolare, che a lui fu possibile studiare una mola vescicolare in posto, in rapporto colla parete uterina, e le sue conclusioni ne acquistano un valore speciale.

Per Marchand nella mola lo strato cellulare è più sviluppato che in una placenta normale della stessa età. Il sincizio, negli stadii avanzati di degenerazione dei villi, presenterebbe una trasformazione fibrinosa, o, pel comparire di molteplici vacuoli, quella che egli chiama *degenerazione*

idropica, che darebbe al sincizio stesso l'aspetto a grosse vescicole. Pure nel sincizio compaiono dei nuclei colossali.

Nello strato cellulare si ha un rigonfiamento dei singoli elementi che si fanno molto più evidenti: anche in queste cellule appaiono dei vacuoli: i nuclei aumentano, sicchè se ne possono trovare due o tre in una cellula. Dove le modificazioni di questo strato cellulare si fanno più evidenti è nel punto ove i villi si impiantano sulla serotina. Prolifera così attivamente quivi lo strato cellulare, da sollevare prima, e distruggere poi, il sincizio. Non di rado fra la proliferazione cellulare si ha deposizione di masse fibrinose che si fondono colle cellule degenerate. Quello strato di fibrina che si estende di solito uniformemente alla superficie della serotina presentasi infiltrato da elementi, che hanno origine evidentemente dallo strato cellulare, che si scavano nella fibrina dei passaggi, e che, approfondandosi, arrivano in immediata vicinanza dei vasi della serotina, il cui epitelio ne viene sollevato e perforato, tanto che infine il lume vasale appare occupato da queste cellule a grande nucleo. Tale invasione si estende fino fra gli strati superficiali della muscolatura, ed è qui che può aversi l'apparenza ingannatrice che gli elementi in discorso derivino da una trasformazione delle stesse fibre muscolari. Da questa invasione risulta poi degenerazione della muscolatura e assottigliamento della parete uterina. Si direbbe da qualche preparato che gli elementi per le loro forme contorte siano proprio stati colpiti e fissati nel loro movimento di migrazione.

Le conclusioni del Marchand sono che questi elementi migranti dallo strato cellulare dei villi degenerati corrispondono nel loro aspetto e modo di comportarsi a tutte le diverse forme designate dagli autori come cellule deciduali a grossi nuclei, o come cellule sarcomatose, o come cellule giganti, o come endotelii proliferati, o come fibrocellule degenerate. Tutti questi elementi potrebbero ridursi alle cellule migranti che avrebbero l'origine loro dagli strati sinciziale e cellulare del villo.

Non starò qui a rilevare il conforto che dagli studii del Fränkel e del Marchand viene al mio modo di considerare i processi intimi di alterata nutrizione, che portano alla formazione della mola vescicolare. Rileverò solo la grande importanza che va assumendo per queste osservazioni dirette e pazienti lo strato cellulare nella patologia del villo, e in pari tempo le modificazioni caratteristiche del sincizio dei villi ma-

lati consistenti essenzialmente nella vacuolizzazione e nella comparsa dei nuclei giganteschi, che, dice lo stesso Marchand, presentano una *completa identità* con quelli riprodotti da Pestalozza nella fig. 4.ª del suo lavoro sulla mola vescicolare. Sono gli stessi nuclei giganteschi di cui anche Gottschalk fa un carattere patognomonico della neoplasia da lui descritta. Tutte queste coincidenze che io mi sono fatto lecito di rilevare le tante volte nel corso di questo lavoro, mi pare confermino sempre più il concetto della unicità della lesione.

Ma quali deduzioni si possono trarre da questo abbozzo sul modo di comportarsi degli epitelii coriali tanto in condizioni fisiologiche che patologiche?

Anzitutto che si deve modificare il concetto comune sulla natura intima della lesione del villo che porta alla formazione della mola vescicolare, assegnando alla porzione epiteliare una parte assai preponderante in confronto con quella che spetterebbe allo stroma.

In secondo luogo, ed è qui che le maggiori riserve si devono ancora imporre, si direbbe che, come afferma il Marchand, tutti i neoplasmi maligni originanti nella serotina, più che ad ogni altro elemento, debbano attribuirsi ad uno sviluppo anomalo sia dello strato sinciziale, sia, e più, dello strato cellulare del villo.

Ho detto che si impongono ancora delle riserve, e mi pare naturale. Così per Marchand le cellule epiteliali non arrivano a scavarsi una via nella serotina se non dopo aver usurato ed attraversato lo strato di fibrina nella serotina stessa, il quale strato perciò rappresenterebbe una specie di argine contro l'invasione minacciante. Ma è poi ben stabilito cosa sia e donde derivi questo strato uniforme e continuo di fibrina canalizzata?

Non potrebbe darsi che, invece di essere una barriera contro l'invasione degli epitelii coriali, non rappresenti altro che il risultato ultimo della loro trasformazione, come mi pare dimostrino i miei preparati? E in questo caso si comprenderebbe come una persistente insolita attività cellulare degli epitelii coriali, possa essere la causa di un ritardo nel loro fisiologico processo di degenerazione.

Non dovrebbero dunque questi elementi attraversare barriera di sorta: basterebbe solo che essi mantengano una vitalità abnorme, perchè possano spingersi al di là dei limiti consueti, ed invadere così la parete

uterina, i lumi vasali, ecc. E così si spiegherebbe come non solo nella mola vescicolare sia data la possibilità di questa maligna invasione, perchè non è soltanto nella mola vescicolare che gli epitelii coriali e segnatamente lo strato cellulare mantengono una vitalità insolita. Noi infatti abbiamo visto persistere questa vitalità anche in placente a termine che non avevano altri caratteri patologici se non quelli della presenza di qualche cisti, o, fatto ancora assai più comune, di qualche infarto bianco.

Ma vi ha qualche considerazione ulteriore che, nell' incognito che ancora pesa sulla struttura della placenta, ci consiglia di riserbare un giudizio. Il Marchand parla di strato sinciziale e di strato cellulare come di strati che anche in condizioni patologiche si possano assolutamente differenziare, e la differenziazione netta non sarebbe che una necessaria conseguenza dell'affatto diversa origine dei due strati. Ora io ho dovuto convincermi che se allo strato sinciziale risponde di solito un protoplasma più intensamente colorabile, non è poi vero che gli elementi dei due strati rimangano sempre fra di loro perfettamente distinti. La tavola III per es. alla fig. 3 dimostra degli elementi cellulari isolati, nei cui interstizii si spinge a guisa di propagini il sincizio, con contegno ben diverso di quello presentato alla fig. 2 ove esiste fra sincizio e cellule un marcato confine. Nè mi posso trovare d'accordo col Marchand nel negare le forme cariocinetiche nel sincizio per limitarle alle sole forme cellulari isolate: mi ricordo ad es. di aver visto spiccate forme cariocinetiche nei nuclei del sincizio di una placenta extrauterina a termine.

Che tutto ciò possa dare ragione al Kossmann che vorrebbe ricondurre anche le cellule isolate ad una derivazione dal sincizio? Anche questo è tutt' altro che dimostrato, e sopratutto credo che con quelli di Fränkel e di Marchand i miei preparati dimostrino in modo evidente come abbia torto il Kossmann, quando con un tono forse troppo dottrinale nega assolutamente una possibile proliferazione dell' ectoderma o strato cellulare. L'ectoderma è e rimane ad un sol strato, egli dice, e le opinioni contrarie sono dovute a false interpretazioni di sezioni oblique, a scambii con cellule deciduali, ecc.

Forse che si può seriamente negare il carattere di ectoderma o strato cellulare alle formazioni che noi abbiamo descritto nel villo della placenta a termine, come in quello della formazione mixomatosa?

* * *

Ma già abbastanza ci siamo occupati della questione patogenetica, e più che per trarne una conclusione assoluta, lo abbiamo fatto per sempre meglio stabilire l'unicità della lesione che ci interessa. Mi pare però che da quanto si è esposto si possa trarre qualche criterio diagnostico anatomico.

Per far questo tornerò a riferirmi alle tavole, che mi pare presentino riunite le forme più diverse in cui la lesione si può presentare. Vediamo infatti nella fig. 10 le cellule penetranti a forma così variabile e con nucleo intensamente colorato: nella fig. 11 le vediamo spingersi contro il lume vasale e sollevarne l'endotelio: nella fig. 2 vediamo differenziarsi le masse protoplasmatiche e le forme cellulari; nelle fig. 3-7 vediamo le più svariate forme cariocinetiche e l'abbondanza delle cariocinesi atipiche; pressapoco tutto quello che si è detto sull' anatomia patologica di questi tumori. Resterebbero a segnalarsi i nuclei giganteschi delle masse protoplasmatiche, che non trovano un equivalente ben chiaro nelle nostre figure: per essi non ho che a riportarmi a quanto descrissi nel mio lavoro sulla mola vescicolare, e a quanto ne dissero poi il Marchand ed il Gottschalk, non senza ricordare che quest'ultimo dà a tale carattere un valore diagnostico di primo ordine e se ne attribuisce tutto il merito, sebbene la sua constatazione sia stata pubblicata tre anni dopo la mia. Mi pare che con tanti caratteri distintivi, ci sia anche dal lato anatomico tanto che basti a caratterizzare e differenziare la lesione, e ciò fin dai suoi primi stadii, del che si apprezzerà l'importanza pensando alla possibile terapia.

* * *

Qualche parola sull'andamento.

Lasciato a sè il neoplasma uterino ha tendenza fatale alle ripetizioni lontane, e segnatamente alle metastasi caratteristiche polmonari e vaginali.

Quanto al modo d'insorgenza delle prime non si può elevare dubbio di sorta. Sono i frammenti della neoplasia, o i singoli elementi che, pe-

netrando per le pareti usurate nei vasi sanguigni, si lasciano trasportare nel circolo fino a che l'angustia delle diramazioni ultime dell'arteria polmonare li obbliga a soffermarsi. Dotati come sono questi elementi di una vitalità straordinaria, non è a maravigliarsi che essi non si limitino alla sola parte di emboli, ma continuino nel loro sviluppo, e ripetano in posto i processi distruttivi che li caratterizzavano nella sede prima. Al qual proposito non occorrerà che io spenda parole per respingere l'affermazione di Gottschalk, il quale, preoccupato sempre di confermare al suo caso il carattere di novità, non esitò a dire che nel mio non si trattava già di metastasi, ma di semplici emboli polmonari. Anche qui, come in altri punti, la mia difesa fu fatta da quelli che si diedero la briga di leggere con una certa attenzione la mia nota; ricorderò ad es. quello che dice il Bacon: « che i noduli polmonari fossero in via di « sviluppo e perciò rappresentassero vere metastasi, e non emboli come « dice il Gottschalk, appare evidente dalla descrizione e dalle figure di « Pestalozza. » Donde il Gottschalk abbia tratto la sua curiosa affermazione io non saprei: certo non dalla lettura delle mie parole che sono troppo esplicite in riguardo. Vere metastasi quindi, e non emboli: metastasi che nel mio caso erano costituite dagli stessi elementi essenziali del tumore uterino, che per quanto si è detto, e dietro l'interpretazione di Marchand, si potrebbero ritenere forniti dal sincizio e dallo strato cellulare: metastasi che nel mio caso, come in quello di Gottschalk, ripetevano la caratteristica forma dei villi, e che nel caso di Gottschalk sarebbero risultate solo dallo strato sinciziale, il che è in curioso contrasto, come ben notava il Ruge (47), colla pretesa denominazione di sarcoma dei villi voluta dal Gottschalk stesso: un sarcoma che darebbe delle metastasi epiteliari.

Quanto alle metastasi vaginali, già troppo bene conosciamo dalle storie il loro tipico aspetto e la rapidità del loro aumento, che non ha forse la pari nello sviluppo di alcun altro tumore. Quello che è ancora oggetto di qualche contraddizione è il loro modo di produzione: anzi vi ha chi nega loro il carattere metastatico, per parlare solo ed esclusivamente di un innesto locale attraverso alla mucosa lesa, come accade qualche volta pei cancri dell'utero.

A questo riguardo io non mi posso staccare dalla mia primitiva opinione, che del resto credo sia stata accettata dai più; che si tratti cioè

di vere metastasi per embolismo retrogrado. Lo dimostrano le sezioni praticate sui nodi vaginali che mostrano affatto illeso l'epitelio vaginale: lo dimostra la facilità con cui sopra il nodo, ai suoi inizii, si può far scorrere la mucosa vaginale. Nè starò a ripetere le ragioni che mi mossero nel 1891 ad avanzare l'ipotesi di un embolismo retrogrado: solo dirò che ad innesti non si poteva certo pensare nel caso di gravidanza extrauterina dell'Ahlfeld-Marchand, e che fra i fautori di un trasporto embolico si annoverano, oltre il Marchand, lo Schmorl che nel 1893 parlò pure di un embolismo retrogrado, e si può dire quasi tutti gli autori, ad eccezione dello Schauta che propende per la teoria dell'innesto, e del Lebensbaum, che, come sappiamo, attribuiva al suo tumore il significato di un comune cancro uterino, e quindi ricorreva anch'egli per la ripetizione vaginale alla solita teoria dell'inoculazione in una soluzione di continuo.

Ciò che per queste metastasi vaginali merita di essere messo in evidenza è la possibilità di una guarigione dopo esportazione, e non solo guarigione locale, come si verificò nella mia 4.ª osservazione personale: ma perfino possibilità di una immunità contro ulteriori metastasi dopo esportato coll'utero anche il nodo vaginale: almeno così si deve fino a questo momento giudicare, se si pensa al risultato fino ad ora buono del caso operato da Schauta.

* * *

Quanto alla cura ecco la domanda che mi rivolgo: hanno gli eventi giustificata la proposta che io facevo nel 1891 di intervenire in questi casi colla isterectomia?

La risposta deve essere affermativa. Già in 13 casi si ricorse alla isterectomia vaginale, e se i primi risultati furono poco incoraggianti (fino al 1893 quattro morti su sei operate in ordine cronologico da Lebensbaum, Löhlein, Gottschalk, Superno, Nové Josserand [Fochier], Menge) abbiamo nello scorso anno una serie di 7 casi con risultato felice (Marchand [Everke], Jeannel, Pestalozza, Tannen, Kuppenheim, Pestalozza, Schauta). È vero che non di tutti questi casi abbiamo informazioni abbastanza recenti per affermare la persistenza della guarigione, ma il sapere per molte di esse che è oramai passato più di un anno dall'epoca

dell'operazione senza indizio di recidiva, porta ad una conclusione incoraggiante. Una particolare menzione parmi meritare a questo riguardo il caso testè ricordato dello Schauta, perchè l'operazione fu compiuta ad onta della dimostrata metastasi vaginale, il che proverebbe che, anche se entrati in circolo gli elementi neoplastici, non è per questo assolutamente controindicata l'operazione, avendosi ancora la speranza di porre un freno all'avanzarsi del male.

In due casi, di Fränkel e Marchand-Ahlfeld, fu tentata un'altra via all'intervento, la sola possibile nei rapporti del 2.° caso, la via laparotomica: ambedue i casi ebbero esito fatale. Di casi in cui sia bastato il semplice raschiamento a determinare la guarigione non conosco che il secondo caso di Menge. Le 9 donne guarite coll'isterectomia, e questa curata col raschiamento, sono le sole che sembra abbiano sfuggito al tristissimo pronostico: 10 guarigioni operative su 41 casi conosciuti nella letteratura: per gli altri casi, sotto una forma o l'altra, l'aggravarsi rapido del male e la morte. Nè pur troppo, date le attuali cognizioni, è da sperarsi sussidio efficace da qualche altra risorsa curativa: in uno dei casi che vedevo spegnersi sotto i miei occhi, tentai per combattere le febbri ostinate e nel concetto di un materiale direttamente versato nel sangue, le iniezioni intravenose di sublimato corrosivo: ne ebbi in realtà qualche tregua nei fatti febbrili, ma nessun palese miglioramento. E le nozioni che siamo andati raccogliendo ci autorizzano a sperare qualche cosa da una cura preventiva? Io starei per dire che, data la grandissima predisposizione che al male crea la mola vescicolare, si debba considerare con sospetto ogni caso di mola, ed accuratamente sorvegliarlo nel suo andamento, e agevolare lo svuotamento dell'utero, e sopratutto associare allo svuotamento un cauto esame della parete uterina, magari un prudente raschiamento, per giudicare se il caso sia di quelli che mostrano spiccata tendenza ad inviare delle cellule penetranti fra i fasci muscolari dell'utero: e dare un certo peso al reperto nelle vescicole stesse della mola di quei nuclei giganteschi del sincizio che abbiamo descritto. Raccolti dati affermativi in queste indagini, se non ancora giustificata l'isterectomia, l'eventualità di dover farvi ricorso ci imporrà di tenere in costante osservazione la malata: se persistessero perdite sanguigne e leucorroiche, e un secondo saggio rivelasse le stesse caratteristiche anatomiche, l'indugio sarebbe temerità.

Ma non solo l'uovo degenerato, ma anche l'uovo apparentemente sano può essere punto di partenza a questa malattia, e pur troppo ci mancherà allora quell'avviso prezioso che dall'aspetto malato dell'uovo ci viene fornito. È per questo che nel ripassare le storie cliniche, vediamo che dei 13 casi curati coll'isterectomia, per lo meno 9 si riferiscono a conseguenze di una mola vescicolare: ne restano però sempre 4 (Gottschalk, Everke-Marchand, Kuppenheim, Lebensbaum) pei quali l'intervento operativo si potè attuare, con successo due volte persistente, sebbene il male si sia sviluppato all'infuori, pare, di una gravidanza molare. Questo ci conforterebbe a sperare che non i soli casi originanti da una mola si possano riconoscere in tempo per una cura efficace.

* * *

Giunto alla fine di questa rivista, che per necessità ha assunto in molti punti un aspetto polemico, io credo di non abbandonare quel riserbo prudente che tanto mi fu rimproverato nelle mie prime pubblicazioni, pur permettendomi trarre qualche conclusione dai 6 casi personali e dai 35 casi di altri autori.

1.° La frequenza del male io la calcolo assai più elevata che non si sospettasse nelle prime pubblicazioni sull'argomento. Questa frequenza deve di necessità attirare sul male anche in Italia quell'attenzione, che finora gli fu concessa quasi esclusivamente all'estero.

2.° Riguardo l'origine del male, mi pare riesca con sufficiente chiarezza stabilito che la malattia in discorso trae la sua origine da una neoformazione nel campo della serotina, più spesso in seguito ad una gravidanza molare (su 38 casi di origine accertata, 20 casi di mola = 52.6 0[0), meno frequentemente in seguito a parto a termine (15 su 38 = 39.4 0[0), ancor più di rado in seguito ad aborto (3 su 38 = 7.8 0[0).

3.° La frequenza della mola vescicolare come elemento eziologico spiega perchè si sia voluto cercare nella struttura del villo alterato il punto di partenza del male.

4.° Le alterazioni negli strati di rivestimento epiteliare del villo, tanto appariscenti nella mola, possono riscontrarsi anche fuori della mola in villi di placente a termine od abortive.

5.° La grande analogia che esiste tra alcuni degli elementi più

caratteristici del neoplasma, e quelli degli strati epiteliari dei villi così alterati, sembra dar ragione a chi crede che il neoplasma stesso abbia origine da quegli strati.

6.° La compartecipazione della decidua, se esiste, sembra avere una parte secondaria, nel senso che l'abnorme evoluzione dei resti placentari manterrebbe nell'utero quello stimolo gravidico, sotto l'influenza del quale si mantiene e continua una attiva trasformazione deciduale del connettivo della mucosa.

7.° In base a questi concetti, il neoplasma avrebbe il significato e l'importanza di un tumore epiteliare. Non conviene ad ogni modo parlare di cancro, perchè questa denominazione è adibita ad un gruppo di tumori che hanno un modo ben stabilito e tutt' affatto diverso di comportarsi riguardo ai tessuti in cui si sviluppano.

8.° La malignità del neoplasma pare sia in più diretto rapporto coll'usura da esso determinata nelle pareti vasali, anzichè con una specificità degli elementi che lo compongono.

9.° La presenza nel circolo degli elementi neoplastici trasportati a guisa di embolo pare eserciti una azione emolitica, a giudicarne dalla considerevole distruzione di globuli rossi, e dalla non rara deposizione di masse pigmentarie in vicinanza ai nodi.

10.° Da quanto si conosce fino ad oggi, pare venga giustificata la conclusione del mio lavoro sulla mola vescicolare, che cioè sia possibile l'insorgenza di una neoplasia materna di origine ovulare.

11.° Riguardo alla denominazione da darsi alla malattia, non ve ne è forse alcuna fra le tante proposte che resista alla critica. Siccome del resto tutti si intendono, quando con un giro di parole si parla di neoplasia maligna originata sulla zona della serotina, sarebbe prudente il riserbare una denominazione anatomica corretta a studii ulteriori coordinati ad una più esatta conoscenza della struttura normale della placenta, ed accontentarsi intanto di una denominazione neutra, quale quella di tumore della serotina, proposta dal Marchand, quando non si volesse, in omaggio a chi primo segnalò nelle sue note essenziali la malattia, parlare di un *morbo del Sänger*.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

(1) SAENGER. « Zwei aussergewöhnliche Fälle von Abortus. » *Gesellsch. f. Geburtsh. zu Leipzig*, rif. in *Centr. f. Gynäk.*, 1889, p. 132. — ID. « Ueber Sarcoma uteri deciduocellulare und andere deciduale Geschwülste. » *Arch. f. Gyn.*, XLIV, 1. — ID. « Ueber Deciduome. » *Verhandl. der deusch. Gesellsch. f. Gyn.*, 4 Congress zu Bonn. Leipzig, Breitkopf u. Härtel, 1892. — ID. Discussione sulla comunicazione di Ruge: « Ueber deciduoma malignum. » *Centr. f. Gyn.*, 1895, 13 Juli, p. 759. — ID. « Ueber primäre Neubildungen der Tuben. » *Gesellsch. f. Geb. zu Leipzig*, 19 Nov. 1894, rif. in *Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 1345. — ID. u. BARTH. « Die Neubildungen der Eleiter, » in « Handbuch der Krankh. der weib. Adnexorgane. » Leipzig, E. Besold, 1895, p. 283.

(2) PFEIFER. « Ueber eine eigenartige Geschwulstsform des Uterusfundus (Deciduoma malignum). » *Prager med. Wochenschrift*, 25 Giugno 1890, N. 26.

(3) CHIARI. « Ueber 3 Fälle von primärem Carcinom im Fundus und Corpus des Uterus. » *Oesterr. med. Jahrbücher*, 1877, rif. in *Virchow's Jahresbericht*, 1878, vol. 2.0, p. 565.

(4) PESTALOZZA. « Contributo allo studio dei sarcomi dell'utero. » *Morgagni*, Settembre 1891.

(5) PESTALOZZA. « Di un raro esito remoto della mola vescicolare. Contributo allo studio delle malattie di origine ovulare. » *Morgagni*, Ottobre 1891.

(6) GOTTSCHALK. « Ueber Deciduoma malignum. » *Berliner med. Gesellsch.*, Sitzung, 23 Nov. 1892, rif. in *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, N. 50. — ID. « Ueber das Sarcoma chorion-deciduo cellulare (Deciduoma malignum) (Der erste operativ geheilte Fall). » *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1893, N. 4-5. — ID. « Ueber das Sarcoma chorion. » *Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, V Kongress, Breslau 1893, Leipzig, Breitkopf und Härtel, 1893, p. 400. — ID. « Das Sarcom der Chorionzotten, nebst Bemerkungen über das Wesen der bösartigen Geschwülste im Allgemeinen. » *Archiv f. Gyn.*, Bd. 46, H. 1. — ID. Discussion über den Vortrag d. H. C. Ruge: « Ueber das Deciduoma malignum. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XXXIII, II.

(7) SCHMORL. « Ueber malignes Deciduom. » *Gyn. Gesellsch. zu Leipzig* Sitzung vom 23 Januar 1893, rif. in *Centr. f. Gyn.*, 1893, N. 8. — KÖTTNITZ. « Ueber chorio-deciduale Tumoren malignen Charakters. » *Deutsche med. Wochenschrift*, 1893, N. 21.

(8) LÖHLEIN. « Sarcoma deciduocellulare nach vorausgegangenem Myxoma chorii. » *Centr. f. Gyn.*, 1893, N. 14.

(9) LÖHLEIN. « Nachtrag zu dem Fall von Sarcoma deciduocellulare nach vorausgegangenem Myxoma chorii. » *Centr. f. Gyn.*, 1894, N. 20, p. 484.

(10) NOVÈ JOSSERAND et LACROIX. « Sur le deciduome malin. » *Annales de Gyn.*, Février 1894.

(11) L. FRAENKEL. « Das von dem Epithel der Chorionzotten ausgehende Carcinom des Uterus (nach Blasenmole). » *Archiv f. Gyn.*, vol. 48, fasc. I, 1894.

(12) PERSKE. « Ein Fall von Sarcoma deciduocellulare. » Inaug. Dissert. Greisswald, 1894.

(13) KLIEN. « Fall von Deciduosarcoma uteri giganto-cellulare. » *Archiv f. Gyn.*, 47, 2, 1894.

(14) MENGE. « Ueber Sarcoma deciduocellulare. » *Gesellsch. f. Geburtsh. zu Leipzig*. Sitzung vom 18 Dec. 1893, rif. in *Centr. f. Gyn.*, 1894, N. 11, p. 264. — ID. « Ueber Deciduosarcoma uteri. » *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, XXX, 2, p. 323.

(15) HARTMANN et TOUPET. *Bulletins de la Soc. Anatomique de Paris*, 1894, p. 723. — ID. « Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta. » *Annales de Gynéc.*, Avril 1895.

(16) JEANNEL. « Du déciduome malin. » *Archives de Tocologie*, Juillet-Août 1895.

(17) AHLFELD. « Ein Fall von Sarcoma uteri deciduocellulare bei Tubenschwangerschaft. » *Mo-*

natschrift f. Geb. u. Gyn., 1895, N. 3. — MARCHAND. « Aerztlicher Verein zu Marburg. » Sitzung, 4 Juli 1894, rif. in *Centr. f. Gyn.*, 1895, N. 1. — ID. « Ueber die sogenannten *decidualen* Geschwülste im Anschluss an normale Geburt, Abort, Blasenmole und Extrauterinschwangerschaft. » *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, N. 5 e 6.

(18) TANNEN. « Ein Fall von Sarcoma uteri deciduo-cellulare. » *Archiv f. Gyn.*, 49, 1, 1895.

(19) SCHAUTA. « Ein Fall von Sarcoma deciduocellulare. » *Geb. gyn. Gesellschaft* in Wien, 15 Januar 1895, rif. in *Centr. f. Gyn.*, 1895, N. 9.

(20) WHITRIDGE WILLIAMS. « Deciduoma malignum. » *American Journal of Obstetrics*, August 1895, pag. 319.

(21) KUPPENHEIM. « Ein Fall von Sarcoma deciduocellulare. » *Centr. f. Gyn.*, 24 August 1895, pag. 916.

(22) BACON. « A case of deciduoma malignum. A contribution to the study of malignant tumors composed of placental tissue. » *Amer. Journ. of Obstetrics*, Mars 1895, pag. 679.

(23) GEROSIMUS CONSTANTINI DE GREGORINI. « De hydrope uteri, et de hydatidibus in utero visis aut ab eo exclusis. » Halae, Libraria Rengeriana, 1795.

(24) TIBALDI A. « Cancro ematode polipiforme. » *Gazzetta degli Ospedali*, 19 Luglio 1882, N. 58.

(25) GUTTENPLAN. « Ein Fall von haemorragischem Sarcom des Uterus und der Vagina mit Metastasen in den Lungen. » Diss. inaug Strassburg, 1883, C. Forger, Offenbach a. M.

(26) MEYER H. « Ein Fall von zerstörender Wucherung zurückgebliebener myxomatöser Chorionzotten. » *Arch. f. Gyn.*, vol. 33, pag. 53.

(27) KALTENBACH. « Erfahrungen über Uterussarkom. » Atti del Congresso Internazionale di Berlino, in *Beilage z. Centr. f. Gyn.*, 1890, pag. 131.

(28) MUELLER P. « Ueber das Deciduoma malignum. » *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 4 Congresso, Bonn, 1891, Leipzig, Breitkopf u. Härtel, 1891.

(29) ZWEIFEL. « Discussione sulla comunicazione di Menge. » *Gesellsch. f. Geburtsh.* zu Leipzig, rif. in *Centr. f. Gyn.*, 1894, N. 11.

(30) LEBENSBAUM. « Krebs der Vagina als Impfmetastase bei Corpuscarcinom. » *Centr. f. Gyn.*, 1893, N. 6, pag. 112.

(31) PESTALOZZA. « Sul sarcoma deciduo-cellulare. » Atti della Società Italiana di Ostetr. e Gin., vol. 1.°, pag. 159. Poggibonsi, Tip. Cappelli, 1895. — ID. « Una rara indicazione alla isterectomia. » *Lo Sperimentale*, 11 Agosto 1894.

(32) FREUND H. W. « Verhandlungen der VI Versammlung der deutsch. Gesellsch. f. Gyn., Juni 1895, in Wien, rif. in *Centr. f. Gyn.*, N. 29.

(33) FREEBORN. « Deciduo-sarcoma of the uterus. » *New York Journal of gyn. and obst.*, vol. 4.°, pag. 299.

(34) RESINELLI. Atti del 2.° Congresso della Società Italiana di Ostetricia in Roma, Ottobre 1895.

(35) KAHLDEN. « Ueber destruirende Placentarpolypen. » *Centr. f. allg. Pathologie und path. Anatomie*, Januar 1891.

(36) WHITRIDGE WILLIAMS. « Beiträge zur Histologie und Histogenese des Uterus-sarcoms. » *Zeitschrift f. Heilkunde*, 1894, vol. XV.

(37) MORPURGO. « Ueber sarkomähnliche und maligne Leiomyome. » *Zeitsch. f. Heilkunde*, vol. XVI, Giugno, 1895.

(37 *a*) PICK. « Zur Lehre vom Myoma sarcomatosum. » *Arch. f. Gyn.*, 49, I.

(37 *b*) CLIVIO. « Contributo alla conoscenza dei primi stadii di sviluppo della placenta » in « Studii di ostetricia e ginecologia. » Milano, C. Rebeschini, 1890.

(38) PESTALOZZA. « Sull'evoluzione delle cellule deciduali dopo il parto. » Atti della Società Ital. di ostetricia, vol. I, 1895.

(39) CHIARI. « Verein Deutscher Aerzte in Prag. » *Wiener Klin. Rundschau*, 1895, N. 14.

(40) ORTHMANN. « Endometrium mit Deciduazellen. » *Zeitsch. f Geb. u. Gyn.*, XXXI, 2, pag. 450.

(41) KOSSMANN. « Das Carcinoma syncytiale uteri. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, August 1895, p. 100.

(42) PESTALOZZA. « Sulle cisti della placenta. » *Atti della R. Accademia Medica di Genova*, 1892.

(43) EHRENDORFER. « Ueber Cysten und cystoide Bildungen der menschlichen Nachgeburt. » Leipzig u. Wien, F. Deuticke, 1893.

(44) FALASCHI. « Diverse pseudocisti sierose sottocoriali nella placenta di un feto a termine. » *Atti Acc. Fisiocritici* in Siena, 1889.

(45) FRAENKEL. L. « Die Histologie der Blasenmolen, und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten (Decidua) ausgehenden Uterustumoren. *Archiv f. Gyn.*, 1895, vol. 49, 3. pag. 481.

(46) MARCHAND. « Ueber den Bau der Blasenmole. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XXXII, 3, p. 405.

(47) RUGE. « Ueber Deciduoma malignum und das Sarkom der Chorionzotten. » *Centr. f. Gyn.*, 1895, 13 Juli, pag. 759. — ID. « Ueber das Deciduoma malignum in der Gynäkologie. » *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XXXIII, I, pag. 162.

SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE.

TAVOLA I.

FIG. 1. — Nodo vaginale, colorazione ematossilina. (Reichert, oc. 3, obb. 3).
a. Sangue raccolto in uno spazio centrale apparentemente limitato da endotelio — *b.* Spazii contenenti sangue e limitati da un orlo protoplasmatico — *c.* Vacui risultanti dalla distruzione di elementi cellulari — *d.* Parte del neoplasma più intensamente colorata, risultante da una massa protoplasmatica.

FIG. 2. — Dettaglio della sezione precedente. (Reichert, oc. 4, obb. 8).
a. Una cellula in processo di cariocinesi atipica — *b.* Orlo protoplasmatico o sincizio — *c.* Nuclei del sincizio con nucleolo — *d.* Vacui risultanti dalla distruzione del protoplasma di una cellula, di cui è conservato il nucleo.

FIG. 3. — Dettaglio della stessa sezione. (Koritska. Imm. semiapocrom. Oc. comp. 8).
a. Cellula con protoplasma granuloso — *b.* Cellula in cariocinesi tipica con protoplasma trasparente e con una inclusione al suo polo inferiore — *c.* Massa protoplasmatica che si insinua fra le cellule isolate imitando una sostanza intercellulare.

FIG. 4, 5, 6 e 7. — (Obb. semiapocrom. Oc. comp. 4). Varii stadii di cariocinesi tipiche ed atipiche: alla fig. 5 un esempio di frammentazione nucleare.

TAVOLA II.

FIG. 8. — Un villo innicchiato nelle pareti uterine in un caso derivante da mola vescicolare. (Reichert, oc. 4, obb. 4).
a. Stroma del villo, senza vasi — *b.* Strato cellulare dell'epitelio (ectoderma): cellula con protoplasma tingibile dall'eosina, nuclei intensamente colorabili — *c.* Strato protoplasmatico (sincizio) alla periferia del villo.

Fig. 9. — Dettaglio della figura precedente. (Reichert, oc. 4, obb. 8).

a. Stroma del villo — *b.* Strato cellulare: le cellule hanno un protoplasma intensamente colorato dall'eosina — *c.* Vacuoli occupati da elementi del sangue e circondati da un orlo protoplasmatico — *d.* Una cellula con inclusione di detriti cellulari — *e.* Una massa protoplasmatica includente degli avanzi nucleari.

TAVOLA III.

Fig. 10. — Elementi giganteschi nel tessuto connettivo di un utero colpito da mola vescicolare. (Reichert, oc. 4, obb. 8).

a. Tessuto connettivo — *b.* Elemento gigantesco polinucleato, che comprende in *c* un nucleo vacuolizzato — *d.* Elemento gigantesco con rete cromatica nucleare — *e.* Inizio di vacuolizzazione nei nuclei.

Fig. 11. — Sezione di un vaso, dallo stesso utero della figura precedente. (Oc. 4, obb. 8).

a. Lume vasale — *d.* Endotelio in parte sollevato — *c.* Cellule gigantesche con protoplasma striato — *d.* Cellula con vacuoli intranucleari — *e.* Cellula allungata con due nuclei.

Fig. 12. — Sezione trasversale di un villo in un infarto placentare. (Oc. 4, obb. 6).

a. Stroma senza vasi — *b.* Fibrina canalizzata con residui nucleari, risultante dalla fusione degli elementi ectodermali (strato del Langhans) — *c.* Sincizio del villo.

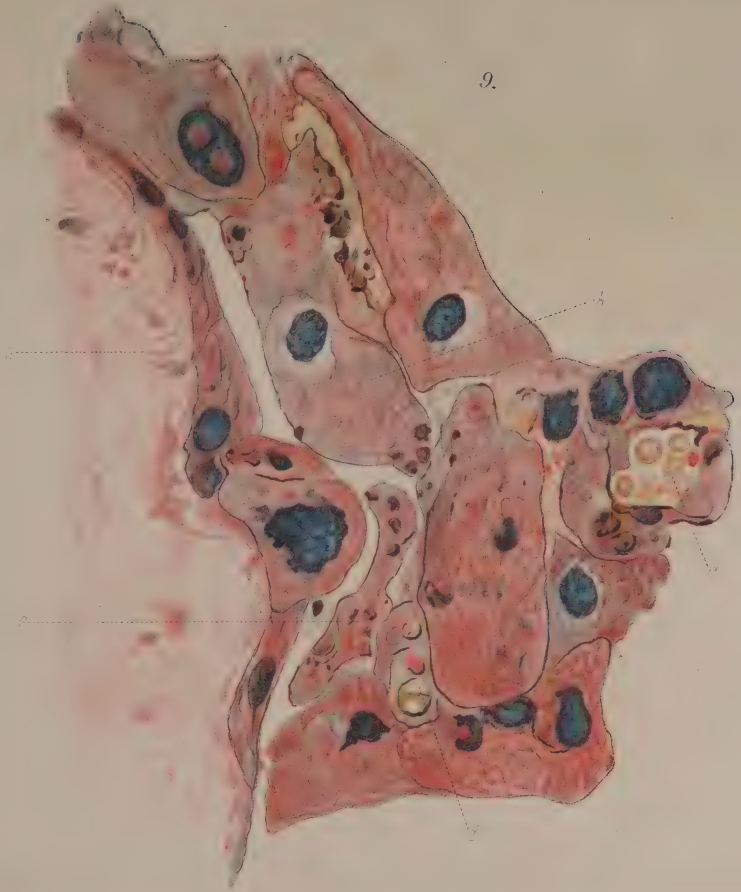
Fig. 13. — Parete di una cisti placentare subchoriale. (Oc. 4, obb. 6).

a. Tessuto mesodermale — *b.* Ectoderma, o strato cellulare dell'epitelio, in *c* in via di trasformazione fibrinosa.

Fig. 14. — Villo di placenta a termine conservante il doppio rivestimento epiteliare. (Oc. 4, obb. 6).

a. d. Stroma non vascolarizzato — *b.* Strato cellulare (ectoderma) — *c.* Strato plasmodiale o sincizio — *e.* Fusione dello strato cellulare in una massa amorfa con detriti nucleari.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.



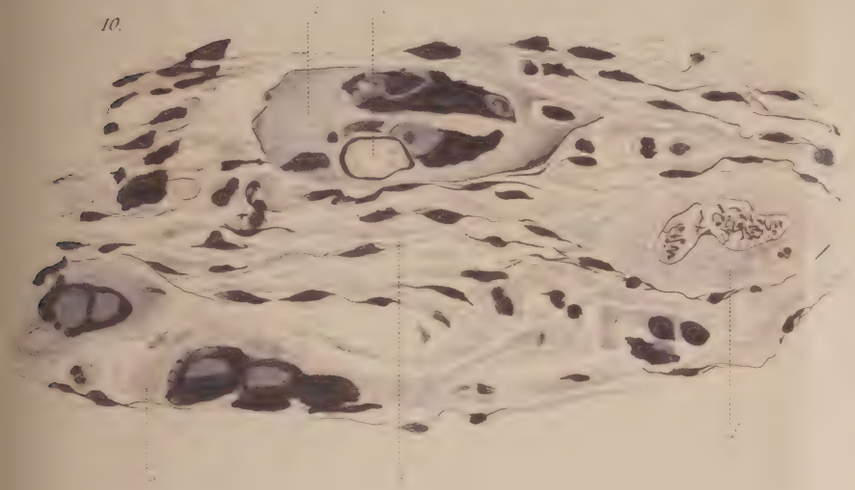
L. Da Costa dis.

Firenze Lit dei Ricordi di Architettura, Piazza S. Croce 20.

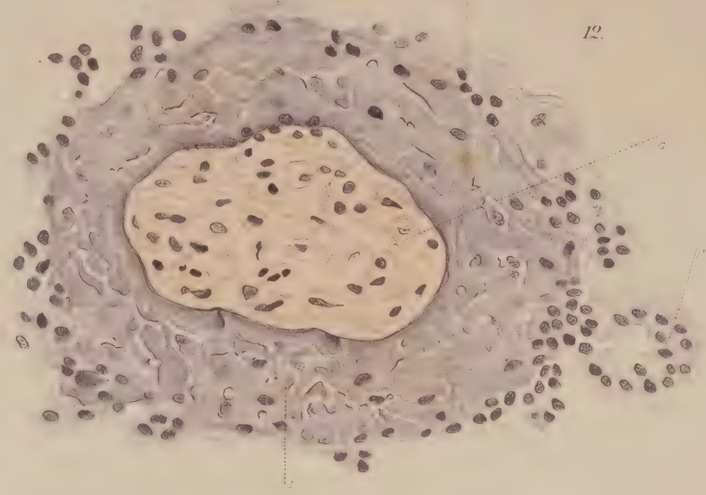
A. Sutton Lit.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF
24 DEC 95
LIBRARY

10.

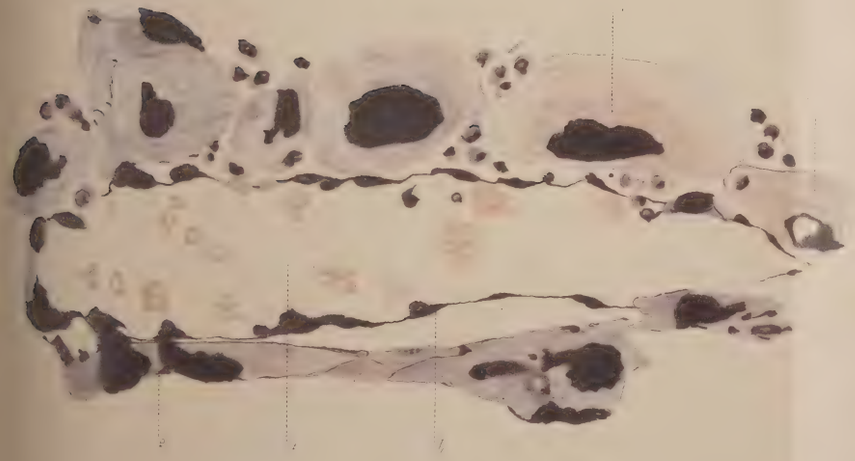


12.

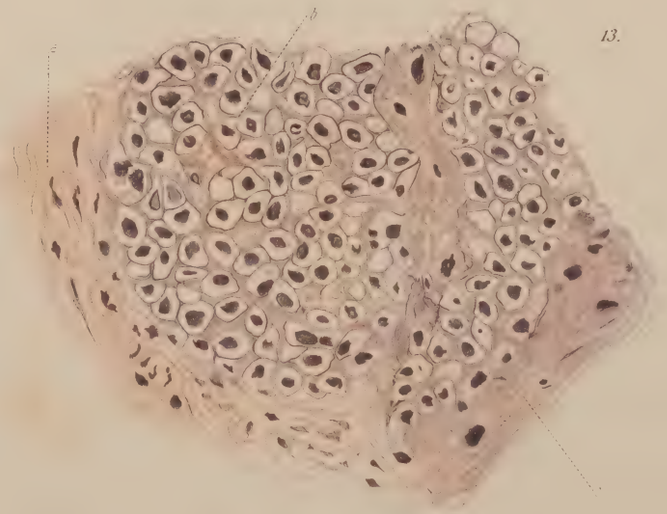


14.

11.



13.



Da Costa dis.

Firenze Lit. dei Ricordi di Architettura Piazza Croce 20.

A. Roffo lit.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
24 DEC 95
LIBRARY

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

DEL SARCOMA DECIDUO-CELLULARE

PEL

Dott. GIUSEPPE RESINELLI

PRIMO ASSISTENTE E LIBERO DOCENTE

Da alcuni anni l'attenzione degli ostetrici e dei ginecologi venne ichiamata su di una neoformazione che osservata più spesso nell'utero, più di rado nella tuba, in breve tempo può essere causa di infezione enerale, presentando un particolare tipico quadro clinico e note anatomo-atologiche, che la fanno differenziare dalle forme morbose fin qui cono-ciute. Tale neoformazione ha ricevuto una serie di nomi diversi a econda della morfologia e della interpretazione eziologica dei vari ele-nenti, che a mano a mano venivano riconosciuti entrare a costituirla. Così dal primitivo nome di deciduoma si venne alla denominazione di arcoma emorragico, sarcoma infettante (Pestalozza), di sarcoma deciduo-ellulare (Sänger), di deciduo-sarcoma gigante-cellulare (Köttnitz), di sar-oma chorion-deciduo-cellulare (Gottschalk), di carcinoma sinciziale del-'utero (Kossmann), ecc. Ed oggidì accanto ad una letteratura discretamente icca dell'argomento, abbiamo una non meno ricca nomenclatura della orma morbosa, nomenclatura che, se da una parte segna il progredire elle ricerche, dall'altra non serve punto a portare chiarezza nella que-tione. Onde a me parve opportuno di usare la denominazione proposta la Sänger, senza voler dare ad essa alcun particolare significato eziologico d anatomo-patologico.

Il nome *deciduoma* venne per la prima volta usato da Maier (1) che escrisse come tali due tumoretti, di cui uno constatato durante la gra-idanza ed espulso prima del feto, e l'altro un polipo uterino esportato

coi comuni metodi. Il Küstner (2) poco dopo chiamò deciduoma un tumoretto a forma poliposa esportato dall'utero dopo un aborto. La denominazione di deciduoma veniva assunta per tener conto della particolare struttura a cellule caratteristiche deciduali presentate dai tumoretti sopra notati, che dovevano essere considerati come polipi deciduali accanto ai polipi fibrinosi ed ai polipi placentari. Il Klotz (3) descrisse pure un tumore analogo ai precedenti coi caratteri quindi deciduali e che egli chiamò adenoma della placenta. Fin qui però il nome deciduoma era usato ad indicare una neoformazione costituita essenzialmente da tessuto deciduale e non avente per sè medesima carattere di malignità. Per altro giova ricordare che ulteriori notizie comunicate da Hegar (4) lascerebbero credere che nel primo caso di Maier si trattasse di una forma maligna; ma i dati sono insufficienti a stabilirne con esattezza la natura.

Il nome deciduoma venne usato poi ad indicare forme diverse, dalla semplice iperplasia della decidua alle iperplasie deciduali d'origine sifilitica (5), ai sarcomi infettanti dell'utero. Frattanto nella letteratura medica andavano raccogliendosi pubblicazioni cliniche ed anatomiche riferentisi a casi dai quali si poteva dedurre come, elementi ovulari, vuoi della decidua, vuoi del corion, rimanendo nella cavità uterina dopo espulso tutto o parte dell'uovo, erano capaci di proliferare determinando la formazione di un tumore caratterizzato da una spiccata malignità. Il Chiari nel 1877 illustrava tre casi di carcinoma primario del fondo e del corpo dell'utero, che per i caratteri clinici ed anatomici vogliono essere annoverati fra i tumori oggidì noti col nome di deciduomi maligni (6). Nei quattro casi di sarcoma dell'utero studiati da Jakubasch (7), il 4.° presenta caratteri che lo farebbero annoverare fra i tumori d'origine deciduale, ma i dati anatomo-patologici riferiti sono insufficienti a stabilire ciò con sicurezza. Assai più interessante è il caso di Guttenplan (8), in cui l'autossia eseguita da Recklinghausen permise di stabilire la diagnosi di sarcoma emorragico dell'utero con metastasi nella vagina e nei polmoni. Non meno importante è il caso riferito da Zahn (9) di perforazione della parete uterina determinata da un polipo placentare. Casi di sarcoma dell'utero con metastasi vaginali, polmonari, epatiche e decorsi col quadro clinico dei deciduo-sarcomi, vennero illustrati da Kundrat, da Griffith, da Lewers, da Beates e da Winckel (10); non

in tutti però è riferito un completo esame anatomo-patologico ed in nessuno venne tenuto conto della possibilità che tali tumori potessero eventualmente avere una origine deciduale.

Che elementi alterati dell'uovo in via di sviluppo fossero capaci di insinuarsi nei tessuti materni (parete uterina), producendo gravi lesioni e sovente anche la morte, era un fatto noto da tempo ai cultori della ostetricia ed agli anatomo-patologi. Erano infatti noti de' casi in cui, dopo l'espulsione di una mola vescicolare, la donna, attraversato un periodo di copiose emorragie, era venuta a soccombere per esaurimento o per copiosa effusione di sangue nel cavo peritoneale da rottura dell'utero prodotta dai villi missomatosi del corion penetrati nelle sue pareti, divaricandone i fasci muscolari. Il Marchand raccolse le notizie storiche di questo argomento nel suo lavoro sulla struttura della mola vescicolare (11); sono poi noti i classici casi di Wilton, di Volkmann, di Jarotzky e Waldeyer, di Krieger, di Meyer (12). Nel caso di Wilton la donna venne a soccombere quasi improvvisamente per emorragia nel cavo addominale, dovuta alla perforazione della sierosa uterina per l'invasione e la distensione prodotta dalle vescicole della mola. In quello di Volkmann la donna, di 46 anni, venne a morire per rapido esaurimento, e nell'utero esportato poche ore dopo la morte venne rilevato che le vescicole della mola erano penetrate non solo fra i fasci muscolari sotto al peritoneo, ma anche nel lume dei seni venosi. Fu sfortuna che il Volkmann non potè fare la intiera autossia, che forse avrebbe potuto rilevare importanti focolai metastatici; però nella storia clinica riferita non vi è cenno che possa far pensare alle probabili frequenti metastasi polmonari. Qualche cosa invece è detto nella relazione del caso di Jarotzky e Valdeyer, in cui la donna venne a soccombere per esaurimento, presentando fenomeni morbosi respiratorii (tosse). Anche essi però dovettero limitarsi all'esame dell'utero in cui constatarono la infiltrazione intramuscolare dei villi mixomatosi, i quali si spingevano ramificandosi nel lume dei vasi (vene), dalle cui boccuccie tagliate pendevano fluttuanti. Anche nel caso di Meyer studiato anche dal Klebs fu permessa soltanto l'autossia dell'addome; la donna era venuta a soccombere per esaurimento. Infine un caso di data rimota che dalla storia clinica pare a Marchand doversi mettere in questo gruppo di affezioni uterine è quello di Gregorini (13); la donna dopo l'espulsione di una mola vescicolare andò sempre più deperendo e morì con

fenomeni di tisi polmonare; all'autossia si trovò un tumore uterino, e nei polmoni caverne e tubercoli.

Era dunque già nota una serie di osservazioni dalle quali traspariva la possibilità che anche dopo espulso il prodotto del concepimento, vuoi da residui di caduca, vuoi da villi coriali degenerati e rimasti nella cavità uterina, si sviluppasse una neoformazione capace in talune circostanze di acquistare carattere di speciale malignità. Ma le osservazioni erano sparse e non sufficientemente studiati erano i rapporti del processo neoplastico colla gravidanza. Ed è così che pur conoscendosi la endometrite deciduale, il deciduoma benigno nel senso di Maier e di Küstner, la mola vescicolare destruente, nuovo affatto tornò il caso di Sänger riferito nel 1888 alla Società Ostetrica di Lipsia (14). Il caso riguardava una donna di 23 anni colpita da aborto al 4.° mese in seguito a trauma riportato nello scendere di carrozza. Dopo l'aborto ebbe un continuo e progressivo peggioramento e venne a soccombere, 7 mesi dal principio della malattia, cachettica in grado estremo, dopo avere presentato negli ultimi giorni dispnea ed ortopnea. La diagnosi *intra vitam* rimase dubbia e l'intervento fu limitato alla incisione ed allo svuotamento di un focolaio metastatico formatosi nella fossa iliaca interna. L'autossia scoperse nodi neoplastici nell'utero e focolai metastatici nella fossa iliaca destra, nei polmoni, nel diaframma, nelle coste. L'esame istologico mostrò che i nodi primitivi ed i metastatici erano formati da focolai emorragici e da gruppi di cellule affatto analoghe alle deciduali, con carattere epitelioide, per cui il Sänger fu indotto a pensare che si trattasse di un *deciduoma maligno metastatico,* neoformazione fino allora nuova, non d'origine epiteliale, ma connettivale e perciò appartenente al gruppo dei sarcomi.

Una osservazione di notevole importanza sul deciduoma venne fino dal 1890 pubblicata in Italia dal prof. Rattone (52). Si trattava di un tumore esportato col raschiamento dalla cavità uterina di una donna che aveva abortito circa quaranta giorni prima, e che aveva dovuto ri-riparare nella Clinica ostetrica di Parma per ripetute imponenti metrorragie. L'esame microscopico dimostrò che il tumore era costituito da ammassi di grossi elementi affatto simili alle cellule deciduali, con frammisti scarsi residui di villosità coriali. Il Rattone portò l'attenzione specialmente sugli elementi deciduali, nei quali potè constatare una

piena e rigogliosa vegetazione rappresentata da numerose forme cariocinetiche di Spirema, di Monaster e di Diaster: e basandosi specialmente sul volume del tumore e sul suo attivo processo di mitosi indicante la autonomia delle masse deciduali, giudicò la neoplasia un deciduoma, quale tumore anatomo-patologicamente bene determinato. Il felice esito dell'atto operativo (raschiamento) indusse il prof. Rattone a ritenere il tumore di natura benigna. Questa osservazione, che non è citata in nessuno dei numerosi lavori sui tumori deciduali, è di particolare importanza, perchè è la prima in cui si sia designato il deciduoma come tumore propriamente detto.

Poco dopo il Kahlden (15) pubblicava col nome di polipo placentare destruente un caso da lui osservato in cui il processo morboso era determinato dalla proliferazione non degli elementi deciduali, ma degli elementi proprii dei villi coriali. Il Kaltenbach (16) riferì un caso di sarcoma dell'utero sviluppatosi dopo la espulsione di una colossale mola vescicolare, e più tardi (17) si mostrò propenso a ritenere come dai villi coriali mixomatosi potesse derivare una infezione neoplastica dell'utero colle successive metastasi. Anche nel caso di Chiari studiato e descritto da Pfeifer (18), la donna, d'anni 36, aveva espulso un anno innanzi una mola vescicolare e veniva a soccombere per esaurimento, senza che potesse essere stabilita una esatta diagnosi e solo sospettandosi che col tumore uterino vi fosse complicata la tubercolosi polmonare. All'autossia si constatò che oltre al tumore uterino vi erano metastasi nella parete posteriore della vagina e nei polmoni. L'esame microscopico del tumore primitivo e dei nodi metastatici fece rilevare in essi un tessuto cellulare analogo al deciduale, dal quale si conchiuse essere stato originato il tumore. Nel Maggio 1891, al Congresso ginecologico di Bonn, il Sänger (19) in una sua comunicazione svolgeva più ampiamente il caso clinico da lui osservato, proponendo di chiamarlo sarcoma deciduo cellulare, ed indicando la importanza di stabilire a tempo la diagnosi per poter intervenire colla estirpazione totale dell'utero. In quel medesimo congresso un altro caso di deciduoma maligno veniva comunicato da Müller (20): ancora in questo caso il tumore si sviluppò dopo l'espulsione di una mola vescicolare e la donna venne a morire di esaurimento 4 mesi dopo; disgraziatamente non potè essere fatta l'autossia. Nella discussione che seguì, il Veit (21) riportandosi a due proprie osservazioni emise la opi-

nione che, piuttosto che trattarsi di un tumore sviluppatosi dalla decidua in seguito alla gravidanza, si potesse trattare di una neoplasia già preesistente alla gravidanza e sviluppatasi durante e dopo questa. Fu in questo tempo che nella Clinica ostetrica di Pavia il Pestalozza studiava e illustrava tre interessanti casi che, tanto dal lato clinico, quanto dal lato anatomo-patologico si può dire ancora oggidì compendiano le attuali nostre cognizioni sui così detti tumori deciduali (22).

Il 1.° caso riguarda una donna di 25 anni che in seguito ad aborto ebbe quasi continuo scolo sanguinolento dai genitali, e progressivo deperimento. Il decorso subdolo dell'affezione indusse la donna a ricorrere alla Clinica solo quando le metastasi vaginali e polmonari rendevano impossibile qualsiasi intervento curativo. e la ammalata venne a soccombere circa 6 mesi dopo il principio della malattia, per aggravamento improvviso provocato da copiosa emorragia, da rottura spontanea del nodo metastatico vaginale.

Il 2.° caso riguarda una donna di 33 anni, in cui senza antecedenti noti, insorsero metrorragie, febbre quotidiana, deperimento progressivo nella nutrizione. Comparvero ben presto nodi metastatici vaginali e dopo rapido marasmo con dispnea, tosse insistente ed escreato siero sanguinolento, sopravvenne l'esito letale. Guidati dalla esperienza del caso precedente, al momento dell'ingresso dell'ammalata si era fatta diagnosi di sarcoma dell'utero con metastasi vaginali. All'autossia, oltre al tumore uterino ed ai nodi metastatici vaginali, si constatò la esistenza di molteplici numerosissimi focolai metastatici polmonari. L'esame microscopico tanto dell'uno quanto dell'altro caso dimostrò che il tumore uterino ed i nodi metastatici vaginali e polmonari erano costituiti da focolai emorragici, e da grossi elementi simili alle cellule deciduali con frammiste cellule giganti, e nell'utero elementi muscolari alterati per un particolare processo di reazione determinata da stimolo affatto speciale. Riguardo alla questione eziologica il Pestalozza confrontando i propri casi con quelli di Sänger, di Pfeifer e di Chiari, esprimeva la probabilità che questi sarcomi appartenessero al gruppo dei tumori derivanti da abnorme proliferazione di residui deciduali, e proponeva una serie di ricerche intese a dilucidare una tale origine; insisteva frattanto sul modo speciale di decorso clinico e sulle particolarità anatomo-patologiche di questi tumori, designandoli come sarcomi emorragici o sarcomi infettanti.

A portar luce anche sulle precedenti osservazioni seguì lo studio del 3.° caso. Esso riguarda una donna di 45 anni che accolta nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 26 Dicembre 1889, espelleva con copiosissima emorragia una mola vescicolare del peso di gr. 2350; dopo una lunga cura ricostituente la donna ritornò a casa discretamente ristabilita. Ma il 27 Marzo 1891 ricoverava di nuovo in Clinica, emaciata per continue perdite sanguigne, e da qualche tempo disturbata da oppressione molesta del respiro. L'ammalata avvertì la presenza di un tumore che si sviluppava all'ipogastrio, ma che non le dava alcun dolore, nè disturbo; ai polmoni si nota diminuzione della risonanza e rantoli diffusi. Il 30 Marzo successivo di notte improvvisamente muore, colpita da sincope. All'autossia si constata la esistenza di un grosso tumore sviluppato nella cavità uterina ed infiltrato nella parete muscolare, e la esistenza di molteplici nodi metastatici nei polmoni. L'esame microscopico fa rilevare che la mucosa uterina ha ancora il carattere deciduale e che il tumore uterino è costituito da masse di aspetto epiteliale, che addentrandosi nella trama muscolare, penetrano a guisa di cordoni epiteliali formati da villi mixomatosi, nel lume della vena, ramificandosi e spingendosi fin nei plessi pampiniformi, occludendo il lume dei vasi a guisa di trombi viventi. Analoghi cordoni epiteliali con rivestimento di cellule a grossi nuclei, si constatano nel lume dei vasi in corrispondenza dei nodi metastatici polmonari. Le figure cariocinetiche mostrano la attiva proliferazione di questi elementi. Da questi reperti nasceva la conclusione, che villi coriali degenerati per mixoma possano, dopo l'espulsione della mola, continuare la loro evoluzione in grembo alla parete uterina, e che una malattia essenzialmente fetale possa trapiantarsi nell'organismo materno.

Questi tre casi illustrati da Pestalozza si può dire compendiino e riassumano due tipi anatomo-patologici di una forma morbosa che clinicamente presenta un quadro così caratteristico.

Un caso che per il reperto anatomo-patologico si accosta all'ultimo di Pestalozza è quello di Gottschalk, che fu oggetto di diverse pubblicazioni (23). Una donna di 42 anni, in seguito ad aborto incompletamente espletato, è colpita da frequenti emorragie per le quali viene sottoposta a ripetuti raschiamenti; dall'esame dei pezzi esportati nell'ultimo atto operativo Gottschalk stabilisce la diagnosi di sarcoma delle villosità pla-

centari e sottopone la donna all'esportazione totale dell'utero per via vaginale, atto operativo che riesce felicemente. Dopo l'operazione l'ammalata presenta un sensibile miglioramento di breve durata e viene a soccombere 7 mesi più tardi per metastasi polmonari, renali, spleniche, ecc. L'esame microscopico del tumore primitivo e dei nodi metastatici dimostra trattarsi di un tumore originatosi dalle villosità placentari di cui è colpito lo stroma e l'epitelio: il caso quindi clinicamente si avvicina a quello di Sänger, anatomicamente a quello di Volkmann, donde il nome di sarcoma chorion-deciduo-cellulare. Confrontando il proprio caso con quello narrato da Pestalozza, il Gottschalk crede si tratti di due forme diverse e considera quello di Pestalozza come un caso di mola vescicolare destruente in senso stretto; in questo i nodi polmonari, secondo l'ostetrico berlinese, non sarebbero vere metastasi, ma piuttosto emboli, e si crede autorizzato a ritenere ciò in causa del breve spazio intercorso fra l'espulsione della mola e l'improvvisa morte della donna. Ma in ciò vi è errore, poichè la mola vescicolare venne espulsa il 26 Dicembre 1889 e la morte della donna avvenne il 30 Marzo 1891. Mi sembra perciò non del tutto fuori di luogo l'avvicinare queste due osservazioni, quantunque nell'una sia preceduta una gravidanza molare, nell'altra un semplice aborto. Il caso di Gottschalk merita una particolare considerazione, perchè è il primo in cui, fatta una esatta diagnosi *intra vitam,* si intervenne coll'esportazione totale dell'uterò.

Il caso narrato da Lebensbaum (24) se clinicamente si accosta ai sarcomi di origine deciduale, per il reperto anatomico non ci autorizza a considerarlo come tale.

In una breve comunicazione alla Società Ginecologica di Lipsia, lo Schmorl (25) riferiva di aver osservato al tavolo anatomico tre casi di deciduoma maligno, di cui uno venne pubblicato da Köttnitz (26). In seguito ad un parto apparentemente normale la donna è colpita da perdite sanguigne che si riconoscono dovute ad un polipo placentare; esportato quest'ultimo, dopo breve miglioramento, ricompaiono i disturbi, si formano nodi metastatici vaginali, e la donna muore due mesi e mezzo dopo il parto. All'autopsia si riscontrano anche metastasi polmonari e il tumore appare costituito da elementi placentari e deciduali, onde si propone la denominazione di *blastoma deciduo-corio-cellulare.* Nel caso di Löhlein (27) in una donna di 47 anni, un anno dopo la espulsione

di una mola vescicolare si sviluppò un tumore uterino che esportato col raschiamento venne riconosciuto come polipo placentare, onde più tardi si sottopose la donna all'esportazione totale dell'utero. Malgrado un temporaneo miglioramento dopo l'atto operativo, la donna venne a soccombere un anno più tardi, pare per metastasi polmonari.

Fu presso a poco in quest' epoca che nell'*Archiv für Gynäkologie* comparve il lavoro di Sänger (28) sul sarcoma deciduo-cellulare e sui tumori deciduali in genere. In questo lavoro, che veramente si può considerare come classico in questo argomento, il Sänger partendo dalla osservazione clinica già antecedentemente riferita, ordinò e studiò i casi clinici già noti, proponendo una classificazione dei tumori così detti deciduali, classificazione che se oggidi non può essere nella sua integrità conservata, ebbe però il merito di segnare il fondamento di una serie di studi che vennero in seguito fatti.

Stabilito così un esatto concetto anatomo-patologico e disegnato il quadro clinico caratteristico di questa affezione, non tardarono a comparire numerose osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche di questa particolare forma di tumore. Ed ecco in Francia il lavoro interessante di Nové Josserand e Lacroix (29) a proposito di un caso di deciduoma maligno sviluppatosi in seguito ad espulsione di una mola vescicolare in una donna di 24 anni. Fatta diagnosi di tumore maligno dell' utero coll'esame istologico di pezzetti esportati, si sottopone la donna alla isterectomia vaginale; l'operazione, eseguita da Fochier, riesce felicemente e l'ammalata lascia la Clinica notevolmente migliorata ed il miglioramento continua e si mantiene. Il Paviot (30) col nome di deciduoma maligno riferisce un caso clinico che nè per i dati clinici nè per quelli anatomo-patologici, pare debba essere annoverato fra i così detti deciduomi. Hartmann e Toupet (31) descrivono pure un caso di deciduoma maligno in una donna di 25 anni, morta in seguito a copiosa metrorragia; ma i dati clinici ed istologici riferiti non sembrano sufficienti a stabilire la diagnosi di deciduoma. Un altro caso ci viene recentemente narrato da Jeannel (32); in questo venne eseguita con esito felice la isterectomia vaginale.

Dall' Istituto anatomo-patologico del prof. Chiari in Praga il Williams (33), in uno studio sulla istologia e sulla istogenesi dei sarcomi dell'utero, trova necessario di fare un gruppo speciale pei sarcomi de-

ciduo-cellulari, ed affatto recentemente il Bacon (34) pubblicava un caso di deciduoma maligno dell'utero con metastasi polmonari sviluppatosi dopo l'espulsione di una mola vescicolare e proveniente dalle cliniche dei prof. Von Rosthorn e Von Jaksch. Il Bacon crede che il tumore si sviluppi, o durante la gravidanza o subito dopo di essa, dalle cellule deciduali, e fa dei così detti tumori deciduali due gruppi, l'uno rappresentato dai tumori composti di elementi derivati dalle cellule deciduali (deciduomi maligni o sarcomi deciduo-cellulari), l'altro composto di elementi derivati dai villi coriali (blastoma chorion deciduo-cellulare o sarcoma chorion deciduo-cellulare). Un altro caso di deciduoma maligno venne pure descritto da Williams (33).

Frattanto vengono pubblicate nuove osservazioni: in quella narrata da Klien (35) il tumore dell'utero era stato preceduto dall'espulsione di una mola idatigena, e la donna, di 27 anni, veniva a soccombere otto mesi dopo. E pure (9 mesi) dopo l'espulsione di una mola si sviluppò il tumore descritto da Tannen (36), il quale, fatta diagnosi di sarcoma deciduo-cellulare *intra vitam,* ricorse con felice risultato alla isterectomia vaginale colla forcipressura. Con diverso concetto etiologico il Fränkel illustrò un caso di deciduoma maligno sviluppatosi circa 20 mesi dopo l'espulsione di una mola vescicolare in una donna di 25 anni, venuta a soccombere 10 settimane dopo un atto operativo laparotomico. Il Fränkel, in base al reperto istio-patologico del tumore uterino ed a sue ricerche sulla struttura delle mole vescicolari (39), interpretò la origine delle cellule epitelioidi e delle cellule giganti già descritte nella struttura di molti altri analoghi tumori, come provenienti dall'epitelio dei villi coriali, ed appunto in base alla origine epiteliale del tumore credette opportuno di sostituire il nome di carcinoma a quello primitivo di sarcoma deciduo-cellulare.

Affatto recentemente Kuppenheim (38) riferì un caso di isterectomia totale per sarcoma deciduo-cellulare, manifestatosi dopo un parto prematuro al 7.° mese.

Il frequente occorrere di questa particolare forma di tumore dopo l'espulsione di mola vescicolare è provato anche dai due casi illustrati da Menge (40). Nel primo, il tumore venne constatato e diagnosticato clinicamente ed anatomicamente circa 6 mesi dopo l'espulsione della mola; la donna, di 35 anni, venne sottoposta alla isterectomia vaginale con

escisione di un nodo metastatico nel fornice destro; l'operazione riesce felicemente e l'ammalata lascia la Clinica con segni di lieve miglioramento, ma ben presto compaiono nuovi nodi neoplastici vaginali e la donna soccombe sei mesi dopo l'operazione. All'autossia, oltre a molteplici nodi metastatici nella pelvi e nella vagina, si trovarono nodi analoghi in entrambi i polmoni, in una ghiandola bronchiale, nella milza, nella grande curvatura dello stomaco (nella sottomucosa), due nodi nel digiuno, e nel midollo del femore destro. Il secondo caso riguarda una ragazza di 18 anni, in cui, circa tre mesi dopo l'espulsione di una mola, si constata nella cavità uterina un tumore che pei caratteri clinici e per i microscopici viene giudicato come sospetto di deciduoma maligno, e si esporta col cucchiaio tagliente, non volendo sottoporre una donna così giovane ad operazione mutilatrice. L'ammalata migliora rapidamente, e le buone condizioni si mantengono.

Il Menge, prendendo in considerazione alcune cifre statistiche delle mole vescicolari, nota come di 23 casi occorsi nella Clinica di Lipsia, tre abbiano presentato successivamente la forma morbosa descritta (due sono i casi narrati da lui ed un terzo accennato da Zweifel); in un lavoro di Craigin Sänger fa notare che in 25 casi di mola vescicolare uno fu seguito da deciduo-sarcoma. Eppure un tal fatto non si verificò in nessuno dei 50 casi di mola vescicolare riferiti da Kehrer (44).

In un accurato e completo lavoro principalmente dal punto di vista isto-patologico, il Marchand (42), illustrando due proprii casi di deciduo-sarcoma, svolse e completò alcuni fatti etiologici già precedentemente notati, portando nuova luce sulla minuta anatomia di questi tumori.

Il primo caso riferito prima succintamente da Ahlfeld (42) riguarda un tumore deciduale sviluppatosi in una gravidanza tubarica; in seguito all'esame di pezzetti di tumore esportati da un nodo vaginale metastatico, venne fatta diagnosi di deciduo-sarcoma e la donna venne a morire per complicazioni settiche. Nel secondo caso il tumore uterino si sviluppò poco dopo un parto normale, e la donna, dopo essere stata sottoposta a ripetuti raschiamenti, venne dal dott. Everke felicemente operata di isterectomia vaginale.

Il lavoro di Marchand si può considerare come il più completo per lo studio anatomo-patologico di questa particolare varietà di tumori, alla eziologia dei quali viene a portare un nuovo ed importante contributo.

Egli difatti considerando le recenti ricerche sulla struttura della placenta, riconobbe negli elementi costitutivi dei così detti deciduo-sarcomi, gli stessi elementi che rivestono il villo coriale, e cioè due forme di tessuto, il così detto sincizio o strato epiteliale uterino del corion, e gli elementi del così detto strato cellulare dell'epitelio ectodermico del corion. Questi due elementi entrano nella costituzione della decidua serotina normale e sono entrambi di origine epiteliale. Questi tumori perciò, di incerta interpretazione nei casi di Maier, di Klotz, di Küstner, ritenuti come di natura connettivale e perciò denominati sarcomi da Sänger, dovrebbero essere, nella maggior parte dei casi, se non sempre, considerati come di natura epiteliale e perciò appartenenti al gruppo dei carcinomi. Se non che la particolare origine di questi tumori da elementi fetali, consiglia per ora a ritenerli in un gruppo a sè con una denominazione che accenni semplicemente alla origine istologica, ed il Marchand proporrebbe il nome di tumore serotinale.

Ma se questi tumori e per la loro struttura e per la loro origine presentano un grande interesse per l'anatomo-patologo, ne presentano uno non meno importante per il clinico. Ed il Pestalozza che per il primo richiamò l'attenzione sul caratteristico quadro clinico di questa forma morbosa che con ciclo di evoluzione quasi fatale perde ben presto il carattere locale per diventare una forma generale, sul finire dello scorso anno comunicando alla Società italiana di ostetricia e ginecologia tre nuovi casi di tumore deciduale osservati nell'Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze, insisteva perchè, pur non trascurando le importanti ricerche eziologiche, si tenesse fermo il concetto dell'unità del quadro morboso. Dei nuovi casi allora riferiti, nel primo, il tumore si sviluppò in seguito ad aborto, e la donna si presentò alla Clinica quando le metastasi vaginali e probabilmente anche polmonari vietarono ogni intervento radicale: nel secondo caso invece il tumore si sviluppò dopo la espulsione di una mola vescicolare, e l'isterectomia vaginale eseguita circa tre mesi dopo l'espulsione del mixoma, ebbe felice risultato. Nel terzo caso, riguardante una donna di 44 anni, col raschiamento si estraggono ammassi di vescichette di mola idatigena; constatata la già avanzata infiltrazione nella trama muscolare dell'utero dei villi mixomatosi, si fa l'asportazione totale del viscere, operazione che è seguita da buon risultato (43).

In quella occasione il Pestalozza fece accenno ad un caso di sarcoma deciduo-cellulare occorso fin dal 1892 nella Clinica ostetrica di Pavia e finora rimasto inedito, ond' io, accogliendo il benigno rimprovero, trovo ora non inopportuno il pubblicarne le note cliniche ed anatomo-patologiche.

* * *

M. Maddalena, d' anni 28, contadina, di Belgioioso, viene accolta nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 2 Febbraio 1892. Non presenta nulla di notevole dal lato ereditario, nè ricorda di avere sofferto antecedentemente malattie di rilievo, se si eccettui qualche attacco di febbre palustre e l'influenza ai primi di Novembre 1891.

La prima menstruazione comparve in modo del tutto normale all'età di 16 anni, e le successive furono sempre regolari per periodo e per quantità, non abbondanti, nè dolorose. La donna racconta di aver avuto tre gravidanze decorse normalmente fino al termine, con esito di parto spontaneo e seguite da puerperii regolari; l' ultimo parto avvenne per l'appunto il 28 Marzo 1890, e dopo di esso le funzioni genitali si mantennero per qualche tempo affatto normali. Nel Settembre e Ottobre 1891 le menstruazioni, prima regolari, non comparvero affatto e la donna, benchè non si sentisse disturbata da fenomeni simpatici, pensava a sopravvenuta gravidanza. Ai primi di Novembre fu colta dalla influenza, che quell'anno infieriva, ed allo scomparire del processo febbrile fu sorpresa da dolori lombo-addominali e da imponente metrorragia, che cessò poi a poco a poco coll'uso di segale e di ergotina. L'ammalata non avvertì fra i grossi coaguli sanguigni espulsi l'uovo abortivo, ed il medico chiamato più tardi non ebbe l' opportunità di constatare questo fatto. Pertanto, scomparse le perdite sanguigne quasi totalmente, dopo pochi giorni l'ammalata lasciava il letto per attendere alle ordinarie sue occupazioni; ma ben presto cominciò a lagnarsi di malessere generale, di svogliatezza, inappetenza e progressivo indebolimento, che essa attribuiva alla pregressa influenza. Alle perdite sanguigne e sanguinolenti dai genitali, dopo breve tempo di tregua era succeduto uno scolo bianco-giallastro continuo, da prima non odoroso, ma che andava sempre più aumentando in quantità. Alla fine di Dicembre una copiosa emorragia, che cessò a poco a poco spontaneamente coll' uso interno di ergotina, e con applicazioni di ghiaccio al ventre, aggravò le condizioni già assai deperite della ammalata e dopo d'allora le perdite andarono aumentando notevolmente in quantità ed acquistando colorito da prima rossigno, poi nerastro e diventarono sempre più fetide. Il deperimento generale pro-

grediva con rapidità, quantunque l'ammalata non si lagnasse di dolori, ma solo di un senso di peso al bacino e di tensione all'orificio vulvare, dove avvertiva un molesto senso di prurito e di formicolìo. Richiamata l'attenzione da questo disturbo notò la presenza all'ostio vaginale di un piccolo nodetto, che andava aumentando sempre più di volume e che era coperto dalla mucosa liscia e tesa. Ai 27 di Gennaio una nuova copiosa emorragia obbligava la donna a letto stremata di forze; pare che, rottosi il nodo vaginale, da quello prevalentemente fosse sgorgato il sangue, perchè da allora cessò la molesta sensazione di formicolìo e di tensione.

Lo stato miserando in cui si vide ridotta dopo quest'ultima emorragia, indusse la donna a ricoverare nell'Ospedale, che la destinava alla Clinica ostetrico-ginecologica, dov'era accolta il 2 Febbraio 1892.

Appena entrata la donna, di media statura, leggermente dispnoica, febbricitante, presentava aspetto cachettico, la cute di colore pallido terreo, pallidissime le mucose visibili ed il viso esprimente sofferenza ed abbattimento. L'esame degli organi toracici faceva notare una accentuazione del fremito vocale, ed alla percussione risonanza normale o solo leggermente ipofonetica. L'ascoltazione lasciava sentire rantoli a grosse bolle diffusi in tutto l'ambito polmonare e respiro aspro. L'area cardiaca un po' più ampia della norma e spiccati soffi anemici alla ascoltazione. Normale l'area epatica, alquanto maggiore della norma l'area splenica. L'addome trattabile, indolente, con spiccati segni delle precedenti gravidanze, non presentava alterazioni degne di speciale nota.

L'attenzione venne particolarmente rivolta all'esame dei genitali, sia per i disturbi accusati dalla ammalata e sia per l'abbondante scolo da essi di un liquame giallo-nerastro assai fetido.

Divaricate le grandi labbra, appare tosto un tumoretto della grossezza di una piccola noce, di colore grigiastro, con chiazze rosso-bluastre massime alla periferia, di superficie irregolare, situato da mezzo ad un centimetro sotto al meato orinario, che appare nascosto e quasi infossato. Questo tumoretto occupante così l'estremo inferiore della colonna vaginale anteriore, si spinge lungo la medesima in vagina, dove il dito esploratore lo avverte a margini nettamente distinti, bernoccoluto, duro, a forma cilindrica, fino a 3 cm. circa in su nel canale vaginale. L'estremo superiore nettamente segnato dalla rilevatezza del tumore, è seguito dalla mucosa vaginale normale, che si continua nei fornici e si attacca al collo uterino. Normale appare tutta la mucosa dei fornici e normale, ma pallidissima e giallastra, mostrasi la parete vaginale posteriore. I vari nodi sono irregolari nella superficie e duri; solo il più grosso, massime nella porzione più saliente, è molliccio e sanguinante, massime dopo i maneggi esplorativi.

Il collo uterino, di volume e consistenza pressochè normale, con una scissura lateralmente a sinistra, presentasi largamente beante, e per

esso il dito esploratore penetra con facilità nella cavità uterina. Questa appare piuttosto ampia e nella sua parte inferiore e posteriore occupata da una poltiglia costituita da coaguli sanguigni e da detriti del tumore; rimossi i quali il dito avverte una superficie discretamente regolare e liscia. Anteriormente invece si avverte una massa a confini poco netti, del volume di un uovo di gallina, ma irregolare nella superficie, dura e bernoccoluta sui lati e sul fondo uterino, molliccia e friabile verso il suo centro, che è invaso da un processo ulcerativo.

L'utero è retroverso e retroflesso, inclinato leggermente verso destra e del volume di un utero gravido alla fine del 2.° mese; i tentativi per ridurlo in posto destano vivo dolore, sia per la resistenza dei legamenti e sia per la rigidità della flessione. L'esplorazione in sè è più molesta che dolorosa, ma è causa di profusa metrorragia, per la quale si ricorre al tamponamento.

Il caratteristico quadro clinico dell'affezione, allora da poco tempo ed in questa stessa Clinica illustrata da Pestalozza, non poteva lasciar dubbio sulla diagnosi di sarcoma metastatico o di sarcoma infettante, diagnosi che pochi giorni dopo veniva confermata dall'esame microscopico dei frustoli di tessuto, in cui si poterono ravvisare fra i coaguli sanguigni cellule a tipo deciduale.

Stabilita e confermata una tale diagnosi clinica ed anatomica, perduta ogni speranza di intervento radicale e per la presenza della metastasi vaginale e per il fondato sospetto di più profonde metastasi viscerali, non reputando opportuna la esportazione del nodo vaginale, già voluminoso ed esulcerato, si è costretti ad abbandonare la donna al suo fatale destino, ricoverandola in un comparto isolato, prodigandole quelle cure generali e locali che erano indicate a sollievo delle sofferenze.

Il deperimento generale andò rapidamente aumentando; la temperatura al mattino scendeva a 37. 5-37. 6 per salire nel pomeriggio con lieve brivido a 38. 5-39; l'appetito sempre più scarso e l'alvo irregolare, a volte stittico, a volte diarroico; la tosse, da principio lieve e secca con qualche escreato mucoso, pochi giorni dopo si fece insistente e l'escreato divenne brunastro e sanguinolento. La dispnea si fece più accentuata, più spiccata la ipofonesi toracica, massime a destra, con rantoli a medie e grosse bolle diffusi in tutto l'ambito polmonare; l'esame degli sputi riuscì negativo per la ricerca dei bacilli di Koch, e ad onta di ripetuti esami non si riuscì a rintracciare negli sputi elementi di neoplasma. Nella seconda quindicina di Febbraio cominciò a manifestarsi edema agli arti inferiori ed alle grandi labbra, le orine normali per quantità contenevano discreta copia di albumina e cilindri ialini e granulosi; alla fine di Febbraio l'ammalata cominciò a lagnarsi di dolore cupo oppressivo all'ipocondrio destro ed alla spalla corrispondente; la palpazione del fegato riusciva dolorosa assai, ma non permetteva di rilevare

particolari alterazioni. A poco a poco i fenomeni polmonari si aggravarono sempre più, lo scolo di liquame fetido sanguinolento dai genitali si fece sempre più copioso e l'ammalata cessò di vivere il 14 Marzo 1892.

L'autossia eseguita circa ventiquattro ore dopo nell'Istituto anatomo-patologico dell'Università diede il risultato che riassumo brevemente.

Abito esterno. — Il corpo è di statura media, bene conformato e assai emaciato; gli arti inferiori sono notevolmente gonfi per infiltrazione edematosa delle parti molli superficiali e profonde; la rigidità cadaverica è scomparsa.

Capo. — Nulla di abnorme osservasi nelle ossa della volta cranica, e nulla pure di notevole presentano il seno longitudinale superiore della dura madre ed i seni della base cranica; la dura madre è di spessore normale, di colorito grigiastro e pallido per anemia; l'aracnoidea lievemente opaca ed inspessita; la pia meninge infiltrata di siero, scarsamente vascolarizzata e facilmente svolgibile dalle sottoposte circonvoluzioni cerebrali, la sostanza cerebrale degli emisferi e delle altre parti dell'encefalo è assai pallida per alto grado di anemia e succulenta e lucente per infiltrazione sierosa; nulla di notevole osservasi nei ventricoli laterali, di normale ampiezza.

Collo. — La ghiandola tiroidea è assai più sviluppata della norma, di colorito grigio-giallastro per scarsezza di sangue e sparsa di cisti a contenuto colloideo; la mucosa laringo-tracheale di colorito grigiastro pallida per anemia.

Tronco. — I polmoni sono affatto liberi da aderenze pleuriche; in ciascuna delle cavità pleuriche riscontransi circa 300 gr. di siero gialliccio torbido contenente fiocchetti bianchi. Il tessuto polmonare di colore grigiastro per anemia, crepitante al tatto ed al taglio, infiltrato di siero, che spontaneamente sgorga copioso e colorato leggermente in rossigno, è infarcito di nodi di tessuto grigio-rossigno, della consistenza e dell'aspetto di tessuto sarcomatoso, che riscontransi nel parenchima dell'organo, ma abbondanti specialmente alla periferia, dove si presentano in forme di piastre rossigne talune piccole e quasi puntiformi, tal'altre estese fino all'ampiezza di una moneta da due centesimi, pochissimo rilevate nella superficie pleurica. Incise verticalmente queste piastre, si scorge com'esse continuano nel polmone in un nodo di varia grandezza di forma grossolanamente sferica e del diametro da pochi millimetri ad un centimetro, nodi di colore bigio-rossastro, circondati in ogni parte nettamente da tessuto polmonare. Questi nodi presentansi pressochè eguali per quantità, forma ed aspetto in entrambi i polmoni. La mucosa dei grossi e medii bronchi è di colore grigiastro per anemia.

Nella cavità del pericardio riscontransi circa gr. 120 di siero citrino limpido; è torbido soltanto quello stanziante nella parte più declive del sacco pericardico.

Il cuore è leggermente più grosso della norma per ipertrofia eccentrica. Leggermente inspessiti sono i pizzi valvolari della mitrale. Le altre valvole hanno aspetto e consistenza normali. Il miocardio è pallido-gialliccio per degenerazione adiposa.

Addome. — Nulla di abnorme osservasi nella disposizione topografica dei visceri e nulla pure di abnorme nella mucosa del tubo gastro-enterico all'infuori di un lieve grado di iperemia nella mucosa del colon ascendente e del cieco, dove si notano alcune ulcere catarrali di forma irregolare, superficiali, a fondo grigiastro liscio, a margini rosseggianti poco rilevati sulla mucosa circostante. Il fegato di normale volume è sparso alla superficie e nell'interno di piccoli nodi di tessuto di colore rossigno, che spicca nella tinta grigio-giallastra del tessuto epatico, della consistenza e dell'aspetto dei nodi riscontrati nei polmoni. Questi nodi alla superficie del fegato formano delle rilevatezze a superficie liscia talune appena distinte per il colore, tal'altre rilevate come lenti che dànno alla faccia superiore dell'organo un singolare aspetto. Incisi questi nodi presentano l'aspetto di quelli del polmone, differendone soltanto perchè in essi appare più evidente il coagulo sanguigno, che nei più grossi ha lasciato luogo ad una piccola cavità a guisa di cisti.

La milza per volume circa il doppio della norma, presenta il suo tessuto di color rosso-fosco, di consistenza del tessuto epatico per iperplasia delle trabecole connettivali. Ambedue i reni sono di volume un po' maggiore della norma, a capsula facilmente svolgibile; il tessuto corticale di normale spessore ed il midollare, da quello poco nettamente distinto, è di colore rossigno assai sbiadito per anemia.

La vescica urinaria è modicamente distesa da discreta quantità di urina giallastra, torbida.

L'utero grosso come in gravidanza al 2.° mese, di consistenza molliccia, è rovesciato all' indietro ed un po' verso destra. Esternamente il fondo, la parete posteriore e le laterali hanno aspetto normale, la anteriore invece massime verso sinistra offre una superficie alquanto irregolare per lievi salienze ed infossamenti; il colorito è quivi giallo-rossigno e la consistenza assai più molliccia che non altrove. Il peritoneo, che riveste l'organo, se si eccettua il particolare aspetto nella parete anteriore, non presenta nulla di notevole nelle altre parti. Inciso l'utero posteriormente nella linea mediana si mette allo scoperto la sua cavità occupata da un tumore di colore grigio-brunastro, rammollito e spappolato al centro, che in forma di grosso nodo, di superficie irregolare bernoccoluta, di aspetto grigiastro, friabile, dal fondo e dalle pareti anteriori e laterale destra principalmente con larga estensione di impianto occupa tutta la cavità uterina, lasciando di essa libera solo una stretta fessura, che poco sopra l'orificio uterino interno si continua per 5-6 cm. lungo la parete posteriore dell'organo. Le pareti uterine presentano diverso

spessore, la posteriore è spessa e consistente, la anteriore invece ridotta assai sottile per invasione del tessuto neoplastico. La cavità cervicale ampia è di aspetto normale; la sua mucosa tumida presenta nettamente disegnate le rilevatezze dell'*arbor vitae;* normale, proprio di donna che ha più volte figliato appare il muso di tinca, e pallida, ma del resto normale è la mucosa vaginale ad esso adiacente.

In corrispondenza della tuba sinistra e precisamente all'unione del terzo interno col terzo medio di essa (vedi figura) si riscontra un tumoretto del volume di una piccola noce, che spicca bruscamente nel decorso della tuba, sollevando il peritoneo, che non presenta lesione di continuità. Questo tumoretto di superficie irregolare, di consistenza dura, di colorito nerognolo-grigiastro inciso in vario senso, appare costituito da nodi analoghi al tumore uterino e da copiosi stravasi sanguigni. Il resto della tuba è di normale aspetto e consistenza, e normali sono pure le ovaie.

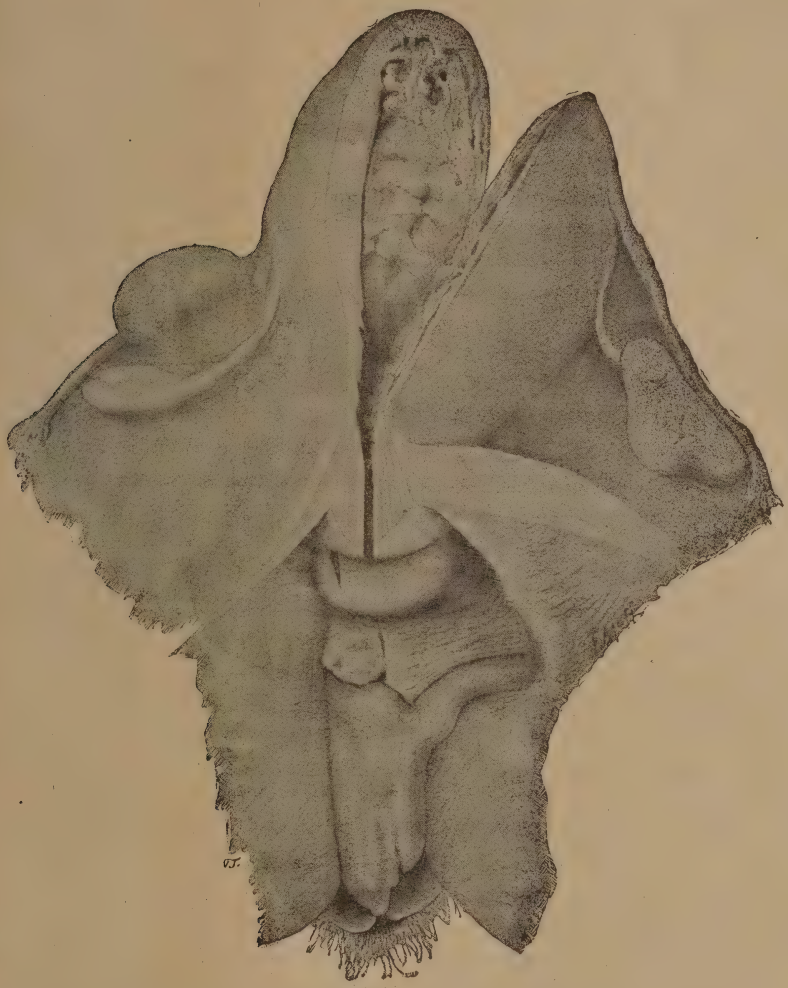
Sulla parete anteriore della vagina, da mezzo ad un centimetro al di sotto del meato urinario, sporge un tumore del volume di una grossa noce a superficie irregolare, bernoccoluto, duro, che a forma cilindrica si prolunga in vagina lungo la colonna vaginale anteriore per la lunghezza di circa 3 1[2 cm., e colla larghezza di 2 cm., elevato di 1 cm. e più sul livello della parete vaginale. I margini del tumore sono netti e seguiti dalla mucosa vaginale di aspetto normale. Questo grosso nodo in alto e verso destra si prolunga in una propagine più sottile che, per il tratto da 1 1[2 a 2 cm., si spinge verso la parete laterale destra. Al di sopra del nodo maggiore e con esso in stretta contiguità trovasi un altro nodo del volume di una piccola nocciuola e coi medesimi caratteri del primo. Tutto il resto della mucosa vaginale è pallido-giallastro per anemia. Incisi questi nodi, appaiono costituiti da tessuto bigio-rossigno analogo a quello del tumore uterino. Le grandi labbra sono assai tumide per infiltrazione edematosa. Le vene femorali di ambedue gli arti assai grosse e dure sono trombizzate anche nelle piccole diramazioni.

* * *

Esame microscopico.

Vennero fissati e conservati in liquido di Müller i pezzi più importanti raccolti nell'autossia e cioè, l'utero coi suoi annessi, la vagina, la vulva e gli organi anteriormente situati insieme al tratto corrispondente della sinfisi del pube, pezzi del fegato e del polmone coi nodi metastatici, pezzi di vene, della milza, il cuore, muscoli periferici. Questi vari pezzi lavati accuratamente e passati nella serie progressiva di alcool

vennero inclusi in celloidina ed in paraffina, preferendo in generale però quest' ultimo mezzo, come quello più adatto a dare sezioni sottili. Per la colorazione delle sezioni, tentati i vari mezzi noti, mi attenni per



Utero coi suoi annessi e vagina, aperti posteriormente sulla linea mediana, per mostrare il tumore uterino ed i nodi metastatici della vagina e della tuba sinistra.

lo più alla ematossilina eosinica ed al carmino alluminato, come quelli che meglio si prestavano a dare una buona colorazione dei nuclei e del corpo cellulare, massime trattandosi di pezzi rimasti piuttosto a lungo nel liquido fissatore.

Esaminata in vari punti la superficie libera del tumore uterino essa appare nella sua maggiore estensione sprovvista da qualsiasi rivestimento mucoso; per una grande estensione questa superficie corrisponde al tratto in sfacelo ed è ricoperta da uno strato più o meno grosso di coaguli sanguigni o fibrinosi con detriti del tumore e sparse in esso irregolarmente, cellule analoghe nella forma e nella grandezza a quelle che verranno descritte costituire la compage del tumore.

In corrispondenza dei margini, la mucosa della parete uterina è sollevata e riveste il tumore per breve tratto; tale mucosa si presenta da prima spessa per copiosa infiltrazione leucocitaria con qualche raro tubo ghiandolare ad epitelio molto basso in parte caduto, e va rapidamente assottigliandosi e perdendo ogni traccia di ghiandole per lasciar posto ad uno strato fibrinoso, poi alla superficie in sfacelo del tumore. Quest' ultimo nella sua porzione periferica sporgente nella cavità uterina appare costituito da vasti stravasi sanguigni, intersecati da striscie cellulari, ora continue, ora interrotte, ora con elementi disgregati per infiltrazione del sangue. Approfondendosi maggiormente nel tessuto gli spazi sanguigni si vanno riducendo in numero ed in vastità e le striscie cellulari diventano veri ammassi di cellule. Questi ammassi sono tratto tratto interrotti da spazi sanguigni non limitati da alcun endotelio, ma solo dalle cellule del tumore, offrendo così l'aspetto del tessuto deciduale normale.

Esaminando gli ammassi e le striscie cellulari sopra descritte, si vedono costituite da elementi grossi avvicinati l'uno all'altro o separati solo da infiltrazione sanguigna, mancanti in ogni caso di sostanza intercellulare. Questi elementi hanno forma rotondeggiante od ovale allorchè sono isolati, ed assumono forma poliedrica o si fanno allungate e fusate, allorchè sono più o meno stipate dalle cellule vicine. Il protoplasma cellulare appare chiaro sia colorato col carmino, sia colorato colla ematossilina, eosinica, finamente granulare, e contiene un nucleo per lo più intensamente colorato e grosso, di forma per lo più rotondeggiante od ovale, ma talora più o meno deformata per sporgenze e rientranze nel suo contorno. Questi elementi sono tutti di notevoli dimensioni e fra quelli prevalenti a dimensioni di 17 — 21 μ se ne trovano discretamente numerosi colle dimensioni di 24 — 28 μ. In mezzo a queste cellule e sparse variamente nel tessuto, riscontransi cellule giganti che raggiungono dimensioni di 43 — 50 μ. Queste cellule giganti talora sono mononucleate, tal' altra, e più spesso, contengono due, tre, quattro e più nuclei, fino a sette, otto. Salvo la presenza di queste cellule giganti la cui interpretazione sarà discussa in seguito, io non riscontrai nel tumore uterino quelle estese forme sinciziali che vennero descritte da Marchand. Le descritte cellule di aspetto epiteliale, simile alle cellule deciduali normali presentano frequenti forme cariocinetiche, e nei preparati furono

nettamente osservati i vari stadi di cariocinesi, di cui alcuni vedonsi riprodotti nei disegni della annessa tavola.

Esaminando il tumore nelle sue parti più profonde, si vede tosto che gli elementi neoplastici sono infiltrati nella trama muscolare dell'utero divaricandone ed alterandone profondamente le fibre muscolari. Là dove le cellule del neoplasma sono prevalenti, le fibre muscolari presentano alterazioni che si accostano a quelle descritte da Pestalozza, ma che ne diversificano però sotto molti rapporti. Le fibrocellule sono come rigonfiate ed ipertrofiche, il nucleo è assai grosso, sovente più grosso di quello degli elementi del tumore, ma assai meno colorabile: il corpo delle fibrocellule con protoplasma pallidissimo a granulazioni assai spiccate ha l'aspetto piuttosto di un processo degenerativo che non di un processo di rigoglioso sviluppo. In nessun punto l'aspetto di tali fibrocellule si è modificato in modo da far supporre che esse prendano parte alla formazione di elementi del neoplasma. Mano mano che il tumore si va approfondendo, le fibrocellule prevalgono sugli elementi decidua-simili, ed ivi il tessuto ha l'aspetto riprodotto nella fig. 2, in cui scorgonsi le fibre muscolari liscie ipertrofiche, ma di aspetto normale, a fasci divaricati per la interposizione degli elementi del neoplasma. Più innanzi ancora il tessuto muscolare appare infiltrato di leucociti e poi si passa al tessuto normale della parete uterina. Nei punti in cui gli elementi del tumore sono come pigiati fra le fibre muscolari, essi assumono forma fusata, ma sempre sono nettamente differenziabili dalle fibrocellule e per il protoplasma cellulare e per il nucleo, che si comportano assai diversamente colle materie coloranti. Una particolare menzione meritano le condizioni dei vasi sanguigni nel tumore. Questi nella porzione più periferica del tumore si possono dire sostituiti da lacune sanguigne limitate perifericamente dagli elementi del neoplasma; ma dove il tumore si infiltra nel tessuto muscolare, i vasi si presentano nelle sezioni assai spiccati per una abbondante infiltrazione neoplastica delle loro pareti. Le cellule del tumore sono interposte nelle pareti vasali e in alcuni punti si vedono spingersi fin sotto l'endotelio senza varcarlo, in altri, come nel punto descritto dalla fig. 1, le cellule del tumore hanno invaso il lume del vaso e si presentano commiste al sangue. Tali lesioni delle pareti e tale invasione degli elementi spiega la via di diffusione tenuta dal neoplasma.

In corrispondenza della parete anteriore la infiltrazione del tumore si spinge fin sotto il peritoneo, che appare ispessito ed alterato, senza presentare in nessun punto lesioni di continuo. Quivi l'alterazione delle fibre muscolari è assai accentuata, principalmente per la presenza di copiosi stravasi sanguigni.

La mucosa della cavità uterina nei punti non invasi dal tumore è

notevolmente più spessa della norma, per ricchissima infiltrazione infiammatoria; i tubi ghiandolari sono scarsi, l'epitelio di essi è tipico in gran parte sfaldato; l'epitelio di rivestimento della mucosa uterina è caduto quasi dappertutto, se ne scorgono traccie solo nelle sinuosità della superficie, traccie rappresentate da elementi sottili, alti, pochissimo colorabili e simili in tutto nella forma a quelli che si osservano nelle endometriti post-abortive. La mucosa del canale cervicale è ancora più inspessita della mucosa uterina e per ricca infiltrazione infiammatoria e per proliferazione ghiandolare, che dà alle sezioni un aspetto come di un cribro.

Metastasi. — Il nodo metastatico della tuba sinistra è costituito da vasti stravasi emorragici di data non recente, con sparsi nell'interno rari elementi cellulari neoplastici identici per forma, grandezza e struttura a quelli descritti nel tumore uterino. La parete della tuba, principalmente nella parte convessa, appare tutta quanta infiltrata dalle cellule del tumore, che divaricando le fibrocellule muscolari si spingono fino sotto il peritoneo, senza però lederlo. Del lume tubarico non vi è più traccia in grembo al nodo metastatico, ma compare in modo netto e con aspetto pressochè normale al di sopra ed al di sotto di esso.

I nodi metastatici vaginali sono rivestiti dalla mucosa assai sottile e con epitelio ridotto ad un solo strato, fuorchè in un tratto discretamente esteso del nodo maggiore dove il rivestimento è formato da un tessuto di granulazione. Il nodo neoplastico è formato anche qui da un abbondante stravaso sanguigno che infiltra divaricando lo strato muscolare della vagina, i cui fasci appaiono qua e là fra il sangue effuso e gli elementi del neoplasma. Questi, pure nella forma e nell'aspetto identici a quelli descritti nel tumore uterino con spiccate cellule giganti, sono sparsi a striscie ed a gruppi nello stravaso ed appaiono copiosi principalmente in corrispondenza delle vene, le cui pareti sono caratterizzate dalla ricca infiltrazione di elementi già osservata nel tumore uterino. La mucosa vaginale nei punti non invasi dal neoplasma non presenta nulla di notevole.

Metastasi polmonari. — I nodi metastatici del polmone di varia grandezza e per lo più periferici, sono costituiti da uno stravaso più o meno grande a seconda della grossezza del nodo, di forma per lo più sferica, circondato nei nodi piccoli dagli alveoli polmonari stipati e con ricca infiltrazione infiammatoria. Nei nodi un po' più voluminosi più facilmente si riscontrano alla periferia dello stravaso abbondanti cellule del tutto eguali alle descritte nel neoplasma uterino. La fig. 5 riproduce l'aspetto di un punto situato alla periferia dello stravaso sanguigno. In basso si scorge un grosso vaso la cui parete è tutta infiltrata dalle cellule del tumore. Queste stipandosi alla periferia del nodo emorragico

hanno invaso gli alveoli polmonari, che pure mantengono il loro normale epitelio. Nel mezzo dello stravaso emorragico assieme a detriti informi si possono distinguere scarse cellule neoplastiche e, massime verso la periferia, è facile riscontrare qualche vaso colla parete tutta invasa dal tumore.

Metastasi epatiche. — L'aspetto macroscopico dei nodi epatici venne già descritto; l'esame microscopico mostra che questi nodi sono costituiti da un focolaio emorragico, talora centralmente scavato da una cavità alla periferia del quale il tessuto epatico presenta cellule alterate per degenerazione grassosa ed elementi neoplastici identici ai già descritti. La fig. 4 riproduce un tratto del tessuto epatico in tutta vicinanza del nodo emorragico, i cui estremi confini corrispondono precisamente al lato sinistro della figura. Anche qui si riscontrano i grossi elementi epitelioidi per l'aspetto simili alle cellule deciduali, con frammiste cellule giganti polinucleate. Questi elementi anche nel nodo metastatico presentano spiccate e frequenti figure cariocinetiche e si riscontrano anche occupare il lume dei vasi sanguigni. Il tessuto epatico lontano dai nodi emorragici presenta una spiccata degenerazione grassa, e sparse qua e là, in rapporto sempre coi nodi metastatici, presenta delle isole di necrosi anemica, talune puntiformi, tal'altre del diametro di tre, quattro millimetri, che nelle sezioni colorate appaiono ad occhio nudo come chiazze gialliccie, contornate, a margini gradatamente colorati, dal tessuto sano. Questi focolai di necrosi anemica sono in tutto eguali a quelli che vennero descritti nel fegato in casi di eclampsia puerperale e sono come quelli da mettersi in rapporto colla condizione dei vasi occlusi per fatti trombotici ed embolici, che pur riconoscendo una diversa origine morbosa, si presentano poi anatomicamente simili. La glissoniana nei nodi superficiali è distesa ed assottigliata per il sottostante nodo neoplastico ed emorragico, ma in nessun punto è perforata.

L'esame istologico d'altri organi e tessuti non presentò alterazioni degne di particolare nota. Nei trombi venosi del legamento largo e dei plessi venosi adiacenti, si osservarono elementi identici a quelli descritti nel tumore uterino e nei nodi metastatici.

* * *

Se ora rifacciamo rapidamente la via percorsa, possiamo dire che in quella donna in seguito all'aborto, o già durante la gravidanza abortivamente interrotta, si è sviluppato un tumore caratterizzato da una speciale malignità, e tanto per il decorso clinico, quanto per il reperto isto-

patologico appartenente al gruppo dei così detti tumori deciduali. Che il neoplasma siasi sviluppato durante o dopo questa gravidanza, è appoggiato dal fatto, che dopo l'ultimo parto avvenuto a termine fino al sopravvenire della nuova gravidanza le funzioni genitali si mantennero perfettamente normali. Se poi il tumore si sia sviluppato in conseguenza dell'aborto, oppure sia l'aborto sopravvenuto per eventuali alterazioni delle sue membrane, è questione strettamente legata colla sua origine eziologica, nè ancora definitivamente decisa. Innanzi tutto è a domandarsi se il neoplasma sia di origine fetale (ovulare), o di origine materna, o di origine mista materna e fetale; in secondo luogo quale sia il *substratum* anatomico degli elementi.

Il Sänger distinse i cosidetti deciduomi maligni in quelli costituiti da cellule deciduali connettivali (sarcomi deciduo-cellulari, senza dimostrabile partecipazione di elementi coriali), ed in quelli con partecipazione di elementi coriali. Da ciò le due denominazioni di sarcomi deciduo-cellulari e di sarcomi corio-deciduo-cellulari.

Per ulteriori nuove osservazioni, reso più evidente il frequente occorrere di questi tumori dopo la espulsione di una mola vescicolare, la attenzione fu attirata su questa singolare alterazione dell'uovo, alterazione che venne fatta oggetto di minute indagini per la ricerca di eventuali passaggi da essa ai deciduomi.

È noto che si è ricercata la causa occasionale della mola nei tessuti materni, appoggiando un tale concetto al non raro ripresentarsi della mola nella medesima donna, al reperto frequente di una caduca ammalata, al concomitarsi con tumori fibrosi dell'utero o con affezioni generali della madre. Si opponevano a tale opinione le osservazioni di mole vescicolari sviluppatesi nel medesimo utero accanto ad uovi e feti normali. Qualunque sia però il processo eccitatore delle alterazioni, è ormai accertato che esso ha per *substratum* il corion, che viene colpito fino dai primordii del suo sviluppo. Fra il Virchow, che nella produzione delle idatidi dava grande importanza al connettivo mucoso dell'endocorion, e l'Ercolani che invece riteneva la alterazione di natura essenzialmente epiteliale, oggidì le più recenti ed esatte ricerche, pur apprezzando la prevalenza dell'elemento epiteliale, ammettono la partecipazione dell'endocorion nella produzione delle idatidi.

Abbiamo già ricordato le recenti ricerche di Marchand (11) e di

Fränkel (39), ricerche le quali sulle precedenti ebbero il vantaggio della più esatta conoscenza che oggi abbiamo intorno ai primi stadii di sviluppo della placenta nei mammiferi. La struttura del rivestimento epiteliale del villo coriale e la partecipazione dell' ectoderma fetale a formare una parte della decidua serotina e della riflessa, hanno oggidì ricevuto molta luce, sia dalla embriologia comparata e sia dalla embriologia umana. Si sa difatti come esaminando villi coriali umani nelle prime settimane di sviluppo si osserva con evidenza su di essi un doppio strato epiteliare di rivestimento, il profondo di cellule cuboidi, poligonali, arrotondate, ed il superficiale costituito da una massa protoplasmatica sparsa di numerosi nuclei; il primo strato viene oggidì denominato strato cellulare o strato di Langhans, il secondo strato plasmoidale o sincizio. Lo strato epiteliale cellulare di Langhans appartiene indubbiamente all'ectoderma del corion; lo strato sinciziale, invece, secondo alcuni sarebbe di origine materna e precisamente deriverebbe dall'epitelio della mucosa uterina, o dall'epitelio tubarico nei casi di gravidanza tubarica (47). Una tale interpretazione per altro finora non può dirsi definitivamente dimostrata; così le recenti ricerche di Paladino (45) sosterrebbero la nessuna partecipazione dell'epitelio della mucosa uterina e delle relative ghiandole alla formazione della decidua vera e della riflessa nella donna. Senza volermi addentrare in questa ancora intricata questione, trovo opportuno ricordare come importanti ricerche sul rivestimento epiteliale del villo siano state fatte anche in Italia, studiando i primi stadii di sviluppo della placenta e negli animali e nell'uomo, principalmente da Ercolani, da Romiti, da Paladino, da Clivio (46).

La minuta conoscenza degli elementi costitutivi del rivestimento del villo coriale normale e patologico dovette ben tosto essere presa in considerazione nello studio eziologico di certe forme di neoplasie sviluppatesi in stretto rapporto colla gravidanza e costituite da elementi aventi i caratteri delle cellule deciduali serotinali. E così mentre col Sänger si faceva una distinzione fra i tumori costituiti da sole cellule deciduali, e quelli costituiti da queste e da elementi fetali, per le nuove conoscenze sulla decidua serotina e per un più esatto e più completo studio dei tumori in questione, il Marchand, raccogliendo le osservazioni antecedenti dimostrava che a formare questi tumori entrano per regola, o quasi sempre, due forme di tessuti: il così detto sincizio o strato epiteliale uterino del

corion e gli elementi del così detto strato cellulare, ectodermale del corion. Questi due gruppi di elementi entrano a costituire la serotina e sono capaci di determinare i tumori maligni detti deciduomi. Le forme sinciziali erano già state osservate e descritte anche in precedenti lavori, e nel caso di Pestalozza erano state anche esattamente interpretate come derivanti dallo strato plasmodiale del rivestimento del villo, ma al Marchand spetta il merito di avere stabilito questo fatto con esattezza. Dallo strato cellulare deriverebbero le ormai classiche forme cellulari dei deciduo-sarcomi, cellule di notevoli dimensioni poliedriche o rotondeggianti di aspetto epitelioide ad alto contenuto di glicogene e moltiplicantisi in via indiretta, le cellule da noi descritte e disegnate nella tavola come figuranti la massima parte del tumore; dallo strato sinciziale invece deriverebbero forme di grandi cellule (cellule giganti) o striscie protoplasmatiche con molti nuclei, moltiplicantesi per lo più in via diretta.

Nel caso da me descritto ho già accennato come esistano forme di cellule giganti a grandi dimensioni contenenti più nuclei, analoghe a quelle appunto interpretate come di natura sinciziale; ma non mi fu dato però di scorgere le striscie plasmodiali descritte da Marchand. Per verità i pezzi esaminati erano stati tutti conservati nel liquido di Müller dove giacevano da molto tempo e non ebbi quindi la opportunità di usufruire di altri mezzi di fissazione; però, tenendo conto anche degli altri casi occorsi nella Clinica di Pavia, mi sembra che ritenuto fisso il concetto dello sviluppo di questi tumori dal rivestimento epiteliale del villo, pure nella loro formazione partecipino in modo non sempre uguale i due tipi di elementi; da ciò la prevalenza in certi casi degli elementi cellulari ed in certi altri delle forme sinciziali. Forse in ciò ha una certa influenza lo stadio in cui si interrompe la gravidanza, od eventualmente anche lo stadio in cui si trovava la alterazione nei villi coriali innanzi la espulsione del prodotto del concepimento.

Il Bacon, il Marchand ed altri vorrebbero che la gravidanza molare agisca semplicemente col favorire lo sviluppo del tumore, diminuendo la resistenza del tessuto uterino all'invasione delle cellule deciduali (Bacon), o facilitando la più profonda e più copiosa invasione degli elementi epiteliali nella serotina (Marchand). Mi sembra però che non si possa in modo assoluto fare due gruppi a parte della mola destruenti e dei tumori deciduali: anelli di congiunzione non mancano, e il caso

terzo narrato da Pestalozza mi pare abbia in questo concetto una notevole importanza. Difatti questi elementi epiteliali che riproducendosi rigogliosamente hanno determinato lo sviluppo della mola non possono, rimanendo in sito, continuare nella loro malignità determinando lo sviluppo del tumore senza riprodurre l'aspetto della mola legato alle particolarità del corion fetale? Dal quadro di Marchand che riunisce i casi fin qui pubblicati, appare che in 13 precedette la espulsione di una mola idatigena ed in 15 aborto o parto normale. Questi ultimi principalmente potrebbero infirmare l'idea sovra esposta. Se non che mancando nei casi narrati notizie esatte sulla placenta, e sapendosi come lesioni placentari possano limitarsi a pochi gruppi di villi ed a stadio ancora iniziale possano osservarsi anche con feti bene sviluppati, e sfuggire alla semplice osservazione macroscopica, non è fuor di luogo il ritenere che in quei casi si sia trattato appunto di una di tali forme, a meno che si voglia ammettere che il processo morboso siasi sviluppato successivamente negli elementi rimasti nelle sinuosità della decidua serotina. Il Ruge (48) in un suo recente lavoro di critica risollevò la obbiezione già mossa da Veit, se cioè eventualmente questi tumori detti deciduali non siano precedenti alla gravidanza e da questa assumano il loro particolare carattere, ma poi accettò i risultati delle osservazioni di Marchand.

Interpretata così la origine degli elementi costitutivi del tumore, si vede come esso sia di natura almeno prevalentemente epiteliale e non possa dirsi esclusivamente fetale per la non ancora bene stabilita origine dello strato plasmodiale del rivestimento del villo. La denominazione deciduo-cellulare mi parve però si potesse conservare, considerandola come appoggiata al nome generico che gli elementi prendono nella decidua serotina. Prima però di lasciare questo argomento ricorderò come il Kossmann in un recentissimo lavoro (53), appoggiandosi a ricerche embriologiche ed all'esame del caso di Löhlein, voglia ritenere di origine materna questi tumori, che propone di chiamare carcinomi sinciziali dell' utero. Egli infatti li ritiene puri carcinomi derivati dall'epitelio della mucosa uterina, che per il fatto della gravidanza ha perduto i contorni cellulari, prendendo la struttura di sincizio: tale carattere è in parte conservato tanto nei nodi primitivi, quanto nei metastatici, mentre qua e là, ricomparendo i limiti degli elementi, riappare la forma cellulare. In tal modo egli vorrebbe spiegare la presenza dei due

ordini di tessuto; ma questa interpretazione teoretica per ora non mi sembra sufficientemente dimostrata.

Un secondo lato del problema riguarda la eventuale partecipazione di elementi connettivali materni alla formazione del tumore. Gli elementi connettivali deciduali vennero primamente appunto considerati come il *substratum* del tumore, nè finora si può in modo assoluto escludere che essi possano partecipare al processo. Un notevole interesse è invece destato dalle fibre muscolari; queste infatti presentano talora particolari alterazioni, le quali ricevettero interpretazioni varie. Pestalozza che per il primo richiamò su di esse l'attenzione, vagheggiò l'idea che potessero eventualmente essere il *substratum* di elementi del neoplasma ed il Menge accettò pei suoi casi l'opinione di Pestalozza. Le mie osservazioni però non mi permettono di appoggiare un tale concetto.

Il tessuto muscolare dell'utero presenta un notevole grado di ipertrofia dovuto forse in parte ad incompleta involuzione puerperale, in parte a reazione contro il nuovo stimolo sopravvenuto: là dove gli elementi del tumore lo invadono maggiormente infiltrandolo e divaricandone i fasci, scorgonsi, accanto a fibro-cellule normali, altre, le quali sono colossalmente grandi, con nucleo grosso vescicolare, accostandosi alla forma di cellule giganti ed assomiglianti assai a quelle del neoplasma, che assumono forma allungata e fusata allorchè trovansi stipate fra i fasci muscolari. Il modo di comportarsi colle sostanze coloranti ne è affatto diverso e l'attento esame delle forme intermedie mostra trattarsi di un particolare processo degenerativo suscitato dallo speciale stimolo, opinione questa sostenuta anche da Nové Josserand e Lacroix.

La possibilità della trasformazione di fibro-cellule muscolari liscie in cellule sarcomatose venne già presa in considerazione sotto altro aspetto da Williams e da Pick (49), il quale sostiene anzi che i tumori che ne derivano non sono soltanto sarcoma-simili, ma veri sarcomi. Una osservazione di particolare interesse a questo proposito venne pubblicata recentemente da Morpurgo (50) col nome di *sarcomhänliche Leiomyome.*

Fra le alterazioni indotte dal tumore negli elementi costitutivi dell'utero, merita di essere ricordata la alterazione vascolare di cui abbiamo già dato descrizione nel reperto isto-patologico del caso narrato; la fig. 1 della tavola riproduce con scrupolosa esattezza l'aspetto di un vaso la

cui parete è invasa dalle cellule del tumore che sollevato e rotto l'endotelio sono penetrate nel lume vasale. Ho già accennato come nella parte centrale del tumore il sangue è raccolto in spazi sanguigni che appunto esaminati in sezione riproducono tutto l' aspetto della decidua normale; più addentro nella trama uterina esistono invece i vasi colle loro pareti, ma invase, dissociate o rotte dal neoplasma. Si comprende come la particolare struttura della decidua serotina debba rendere facile la penetrazione profonda degli elementi nel lume vasale; ricordiamo per analogia i casi di mola destruente, ed i casi su cui richiameremo ancora l'attenzione, di penetrazione degli elementi deciduali nella eclampsia. Si comprende anche come per questa via rapide siano le metastasi e come queste abbiano per facile e frequente loro primo focolaio il polmone.

Difatti il polmone è uno degli organi più frequentemente colpito dalle metastasi; dopo di esso si osservano metastasi frequenti nelle pareti vaginali, nell' utero e negli annessi (legamenti larghi, tube), più di rado nella milza (Gottschalk, Fränkel, Menge), ancor più di rado nell' intestino (cieco, Fränkel — stomaco e digiuno, Menge) e nelle ossa. Il caso da me narrato è il primo in cui siano stati osservati nodi metastatici nel fegato. È facile comprendere come le metastasi polmonari debbano essere le più frequenti se appena si considera il modo di diffusione per la via sanguigna, modo di diffusione che spiega la particolare malignità e che giustifica ancora la denominazione clinica di sarcoma. Le metastasi vaginali pure assai frequenti, così da costituire un importante dato diagnostico di questi tumori, sembrano da interpretarsi come derivanti da embolismo retrogrado, anzichè come da inoculazione diretta, come venne sostenuto da alcuni. Nelle metastasi vennero riscontrati i medesimi elementi osservati nel tumore primitivo dell'utero e massime in corrispondenza dei polmoni, si osservarono in particolare modo alterate le pareti venose, così da spiegare come anche per questa via possano gli elementi del neoplasma penetrare nel ventricolo sinistro e nel circolo generale. Una particolare importanza ci è offerta dalle metastasi epatiche che per la prima volta vennero constatate nel caso da me descritto e nel quale è probabile che la via per cui il neoplasma si è diffuso sia quella dell'embolismo retrogrado, facile ad aversi negli estremi gradi della cachessia. Ma a parte il fatto in sè, esso è importante per le alterazioni che induce nel parenchima epatico e per la analogia che queste presentano con

analoghe lesioni prodotte nella eclampsia puerperale. Difatti anche qui noi abbiamo elementi cellulari affatto simili alle cellule deciduali, derivanti dal rivestimento epiteliale del villo, che penetrati nel circolo sanguigno giungono come emboli ad ostruire vasi epatici, determinandovi due tipi di alterazioni, cioè focolai di necrosi emorragica e focolai di necrosi anemica. Sarebbe affatto inopportuno il voler stabilire dei raffronti clinici in forme morbose così diverse, tanto più che la teoria ammessa da Schmorl in base ai suoi reperti anatomo-patologici non ha ancora la completa sanzione. Rimane per ora importante stabilire la analogia del fatto sul quale appunto ci parve opportuno di richiamare ancora l'attenzione. La fig. 4 della tavola riproduce con fedeltà un punto di necrosi emorragica, dove scorgonsi i grossi elementi deciduali da una parte disseminati nel focolaio necrotico emorragico, dall'altra penetrati nel lume dei vasi; le frequenti figure cariocinetiche dimostrano la maligna attività riproduttrice del neoplasma metastatico.

Nel chiudere la disamina del significato eziologico di questi tumori, mi pare opportuno l'accennare alla importanza che ulteriori ricerche con metodi più completi e più esatti possono avere nello stabilire il movente eziologico della neoplasia, sia per metterla in rapporto colla nota teoria istiologica (Conheim, Durante), sia colla moderna teoria parassitaria: per ora qualsiasi ipotesi sarebbe fuori di luogo.

* * *

Da quanto siamo andati fin qui svolgendo, appare come tutta una serie di tumori sviluppatisi nell'utero (od eventualmente nella tuba) in rapporto colla gravidanza, raccogliesi sotto un comune quadro clinico di cui la storia da noi narrata può servire come tipico modello, e sul quale la attenzione venne in particolar modo richiamata da Pestalozza. L'unità clinica del decorso di queste neoplasie e la loro particolare malignità, legata essenzialmente col modo di diffusione per la via sanguigna, ci è indice profilattico e curativo; profilattico nel senso che particolarmente dopo la espulsione di mola vescicolare, il pronostico deve essere assai riservato e devesi addivenire con prontezza ad intervento energico, appena si abbiano dati che segnino invasione profonda del mixoma coriale; e curativo nel senso che considerata la rapidità con cui

formansi le metastasi, il precoce diagnostico della affezione ha grandissima importanza, diagnostico che sarà facilmente stabilito coll'esame microscopico di pezzetti del tumore esportati con raschiamento La cura dovrà essere essenzialmente radicale e consistere nella isterectomia vaginale, eventualmente unita alla esportazione degli annessi: I casi finora operati sono 11, in 4 si ebbe la morte per metastasi da 4 a 12 mesi più tardi (casi di Gottschalk, di Lebensbaum, di Löhlein, di Menge), in 7 le donne erano sane dopo un tempo abbastanza notevole (casi di Jeannel, di Marchand (II), di Nové Josserand e Lacroix, di Tannen, di Kuppenheim ed in 2 casi di Pestalozza).

BIBLIOGRAFIA.

(1) R. Maier. « Ueber Geschwulstbildungen mit dem Bau des Deciduagewebes. » *Virchow's Archiv*, Bd. 67, pag. 55, 1876.

(2) O. Kuestner. « Deciduaretention, Deciduom, Adenoma uteri. » *Archiv f. Gynäkologie*, Bd. XVIII, Hft. 2, 1881.

(3) Klotz. « Das Adenom der Placenta, eine bis jetz unbekannte Erkrankung der Placenta. » *Archiv für Gynäkologie*, Bd. XXVIII, pag. 39, 1886. — Id. « Zur Frage der Deciduome. » *Archiv für Gynäkologie*, Bd. XXIX, pag. 78, 1887.

(4) Hegar. Discussione alla comunicazione di Sänger: « Ueber Deciduome. » *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie*, Bd. 4, pag. 340, 1891.

(5) Kuestner. « Beiträge zur Lehre von der Endometritis. » Jena, 1883.

(6) H. Chiari. « Ueber drei Fälle von primärem Carcinom im Fundus und Corpus des uterus. » *Wiener med. Jahrb.*, 1877, pag. 364.

(7) Jakubasch. « Vier Fälle von Uterus-Sarcom. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. VII, pag. 53, 1882.

(8) J. Guttenplan. « Ein Fall von hämorrhagischem Sarcom des Uterus und der Vagina mit Metastasen in den Lungen. » Inaug. Diss., Strassb., 1883.

(9) F. W. Zahn. « Ueber einen Fall von Perforation der Uteruswandung durch einen Placentarpolypen mit nachfolgender Haematocele retrouterina. » *Virchow's Archiv*, Bd. 96, pag. 15, 1884.

(10) Kundrat. « Zwei Fibrosarcome des Uterus. » *Virchow's Jahresb.*, 1883. vol II, pag. 574. — W. Griffith. « Sarcoma of Vagina and uterus. Secondary deposits in lungs. » *Transactions of the Obstetrical Society of London*, vol. XXVIII, pag. 38. — Lewers. « A case of circumscribed sarcoma of the vagina and uterus » *Transactions of the Obstetrical Society of London*, vol. XXVIII, pag. 78. — Beates. « Diffused sarcoma uteri, with metastasis to liver and lungs. » *American journal of Obstetrics*, 1886, pag. 505. — Winckel. « Lehrbuch der Frauenkrankheiten. » Leipzig, 1886, pag. 439.

(11) Marchand. « Ueber den Bau der Blasenmole. » *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Bd. XXXII, Hft. 3, pag. 457.

(12) Wilton. « Hydatids terminating fatally by haemorrage. » *The Lancet*, 1840, vol. 37, pag. 691. — R. Volkmann. « Ein Fall von interstitieller, destruirender Molenbildung. » *Virchow's Archiv*, Bd. 41

Hft. 3 e 4, pag. 528. — JAROTZKY und WALDEYER. « Traubenmole in Verbindung mit dem Uterus; intraparietale und intravasculäre Weiterentwikelung der Chorionzotten. » *Archiv f. pathol. Anat.*, ecc., *Virchow*, Bd. XLIV, Hft. I, pag. 88. — KRIEGER. « Fall von interstitieller Molenbildung. » *Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie*, Bd. 10, pag. 11, 1872. — H. MEYER. « Ein Fall von zerstörender Wucherung zurückgebliebener myxomatöser Chorionzotten (Epithelioma papillare corporis uteri). » *Archiv f. Gyn.*, Bd. 33 pag. 53, 1888. — KLEBS. « Allgemeine Pathologie. » Teil 2, 1889, pag. 610.

(13) GERASIMUS CONSTANTINUS DE GREGORINI. « De Hydrope uteri et de Hydatidibus in utero visis aut ab eo exclusis. » Halae 1795, in MARCHAND, *Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, Bd. I, Hft. 6, 1895.

(14) SAENGER. « Zwei assergeuöhnliche Fälle von Abortus. » *Centralblatt f. Gyn.*, 1889, pag. 132.

(15) V. KAHLDEN. « Ueber destruirende Placentarpolypen. » *Centralblatt f. allg. Patholog. u. pathol. Anat.*, Bd. II, 1891.

(16) KALTENBACH. « Erfahrungen über Uterus-Sarcom. » Verhandlungen des internationalen medicinischen Congresses Berlin 1890. *Centralblatt. f. Gyn.*, 1890, pag. 131.

(17) KALTENBACH. Discussione alla Comunicazione di Müller « über das Deciduoma. » *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie*, 1891, vol. IV, pag. 343.

(18) PFEIFER. « Ueber eine eigenartige Geschwulstform des Uterus-Fundus (Deciduoma malignum). » *Prager med. Wochenschrift*, 1890, N. 26.

(19) SAENGER. « Ueber Deciduome. » *Verhandlungen der deutschen Gesellsch. f. Gyn*, Bd. IV, pag. 333.

(20) MUELLER. « Ueber das Deciduoma malignum. » *Verhandl. d. deutschen Gesell. f. Gyn.*, IV Kongr. Bonn, 1891, Bd. IV, pag. 342.

(21) VEIT. « Discussione alle comunicazioni di Sänger e di Müller. » *Verhandl. d. deut. Gesell. f. Gyn.*, Bd. IV, pag. 341.

(22) PESTALOZZA. « Contributo allo studio dei sarcomi dell' utero. » *Morgagni*, Settembre 1891. — ID. « Di un raro esito remoto della mola vescicolare. Contributo allo studio delle malattie uterine di origine ovulare. » *Morgagni*, Ottobre 1891.

(23) GOTTSCHALK. « Ueber das Sarcoma chorion-deciduo-cellulare (Deciduoma malignum). » *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1893, N. 4 e 5. — ID. « Ueber das Sarcoma Chorion. » *Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. Gyn.*, fünfter Kongress zu Breslau, Bd. V, pag. 400. — ID. « Das Sarcom der Chorionzotten. Nebst Bemerkungen über das Wesen der bösartigen Geschwülste im Allgemeinen. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLVI, pag. 1, 1894.

(24) LEBENSBAUM. « Krebs der Vagina als Impfmetastase bei Corpus-carcinom. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1893, pag. 112.

(25) SCHMORL. « Ueber malignes Deciduom. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1893, pag. 169.

(26) KOETTNITZ. « Ueber chorio-deciduale Tumoren malignen Charakters. » *Deutsche med. Woch.*, N. 21, 25 Maggio 1893.

(27) LOEHLEIN. « Sarcoma deciduo-cellulare nach vorausgegangenem Myxoma chorii. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1893, pag. 297.

(28) SAENGER. « Ueber Sarcoma uteri deciduo-cellulare und andere deciduale Geschwülste. » *Archiv f. Gyn.*, Bd. XLIV, pag. 89.

(29) NOVÉ JOSSERAND et LACROIX. « Sur le déciduome malin. » *Annales de Gynéc. et d'Obstetr.*, 1894, T. XLI, numeri di Febbraio, Marzo, Aprile.

(30) PAVIOT. « Un cas de déciduome malin avec noyaux métastatiques multiples. » *Annales de Gynécologie et d'Obstetr.*, 1894, T. XLI, Aprile, pag. 306.

(31) HARTMANN et TOUPET. « Un cas de déciduome malin. » *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1894, 5.° série, T. VIII, pag. 723.

(32) JEANNEL. « Du déciduome malin. » *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1895, N, 7 ed 8.

(33) W. WILLIAMS. « Contribution to the hystology and histogenesis of sarcoma of the uterus. »

American journal of Obstetrics, 1894, pag. 721. — ID. « Un caso di deciduoma maligno. » *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 1894, December, in *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, N. 34, pag. 934.

(34) BACON. « A case of deciduoma malignum. A contribution to the study of malignant tumors composed of placental tissue. » *American journal of obstetrics*, 1895, pag. 679.

(35) R. KLIEN. « Ein Fall von Deciduo-Sarcoma uteri giganto-cellulare; Beitrag zur Lehre der malignen decidualen Geschwülste. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLVII, pag. 243, 1894.

(36) TANNEN. « Ein Fall von Sarcoma uteri-deciduo-cellulare. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIX, p. 94, 1895.

(37) L. FRAENKEL. « Das von dem Epithel der Chorionzotten ausgehende Carcinom des uterus (nach Blasenmole). » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLVIII, pag. 80. — A. PERSKE. « Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare. » *Diss. Greifswald*, 1894.

(38) R. KUPPENHEIM. « Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1895, N. 34, pag. 916.

(39) L. FRAENKEL. « Die Histologie der Blasenmolen und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten (Decidua) ausgehenden Uterustumoren. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIX, pag. 481.

(40) MENGE. « Ueber sarcoma deciduo-cellulare. » Verhand. d. Gesellsch. für Geburtsh. zu Leipzig. *Centralblatt f. Gyn.*, 1894, N. 11, pag. 264. — ID. « Ueber deciduosarcoma uteri. » *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, Bd. XXX, pag. 323.

(41) ZWEIFEL. « Discussione alla comunicazione di Menge sul sarcoma deciduo-cellulare. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, N. 11, pag. 265. — SAENGER. « Discussione alla comunicazione di Menge sul sarcoma deciduo-cellulare. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, N. 11, pag. 266.

(42) AHLFELD. « Ein Fall von Sarcoma uteri deciduo-cellulare bei Tubenschwangerschaft. » *Monatschrift f. Geburstshülfe und Gyn.*, Bd. I, Hft. 3, 1895. — MARCHAND. « Ueber die sogenannten *decidualen* Geschwülste im Anschluss an normale Geburt, Abort, Blasenmole und Extrauterinschwangerschaft. » *Monatschrift f. Geburtshülfe und Gyn.*, Bd. I, Hft. 5 e 6, 1895, e Vorlaüfige Mitteilung, *Berliner Klin. Wochenschr.* 1894, N. 35.

(43) E. PESTALOZZA. « Sul sarcoma deciduo-cellulare. » Relazione della adunanza annuale della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia (in Roma, Ottobre 1894), *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, 1894, pag. 533, ed Atti della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia, vol. I, pag. 159. — ID. « Sull'evoluzione delle cellule deciduali dopo il parto. » Relazione della adunanza annuale della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia (in Roma, Ottobre 1894). *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, 1894, pag. 533. Atti della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia, vol. I, pag. 174.

(44) KEHRER. « Ueber Traubenmole. » *Archiv f. Gyn.*, Bd. XLV, pag. 478.

(45) PALADINO. « Della nessuna partecipazione dell' epitelio della mucosa uterina e delle relative glandole alla formazione della decidua vera e riflessa della donna. » *Archivio di Ostetr. e Gin.*, Sett. 1895.

(46) ERCOLANI. Memorie dell'Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna. — ROMITI. « Sulla struttura della placenta umana e più specialmente sulla natura del rivestimento del villo placentare. » *Atti della R. Accademia dei Fisiocritici*, serie 3.ª, vol. III, Siena, 1880. — PALADINO. « Dei primi rapporti tra l'embrione e l'utero in alcuni mammiferi. » *Giornale dell'Associazione dei naturalisti e medici di Napoli*, 1889, pag. 1. — CLIVIO. « Contributo alla conoscenza dei primi stadi di sviluppo della placenta in alcuni mammiferi. » Studii di Ostetricia e Ginecologia. Omaggio al prof. Tibone, Milano, 1890.

(47) KOSSMANN. « Zur Histologie der Extrauterinschwangerschaft, nebst Bemerkungen über ein sehr junges, mit der uterinen Decidua gelöstes Ei. » Verhand. d. Gesell. für Geburts. u. Gyn. zu Berlin. *Zeitschr. f. Gyn.*, Bd. XXVII, pag. 266.

(48) C. RUGE. « Ueber das deciduoma malignum in der Gynäkologie. » Verhand. d. Gesell. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. *Zeitschr. f. Gyn.*, Bd. XXXIII, pag. 162. Discussione. *Centralbl. f. Gyn.*, N. 35, 1895.

(49) PICK. « Zur Histiogenese und Classification der Gebärmuttersarcome. » *Archiv f. Gyn.*, 1894, Bd. XLVIII, pag. 24.

(50) MORPURGO. « Ueber sarcomhänliche und maligne Leiomyome. » *Zeitschr. f. Heilkunde*, Bd. XVI, pag. 157, 1895,

(51) SCHMORL. « Pathologisch-Anatomische Untersuchungen über Puerperal-Eklampsie. » Leipzig, 1891.

(52) G. RATTONE. « Sul deciduoma. » *L'Ateneo medico Parmense*, Anno IV, 1.° Trimestre, 1890, pag. 36.

(53) R. KOSSMANN. « Das Carcinoma syncytiale uteri. » *Monatschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, Bd. II, Hft. 2, pag. 100, 1895.

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA.

FIG. 1. — Sezione trasversale di un vaso sanguigno del tumore uterino, per dimostrare la invasione delle cellule neoplastiche nella sua parete e nel suo lume. (Koristka, oc. 3, obb. 6, tubo aperto e foglio altezza tavolino).

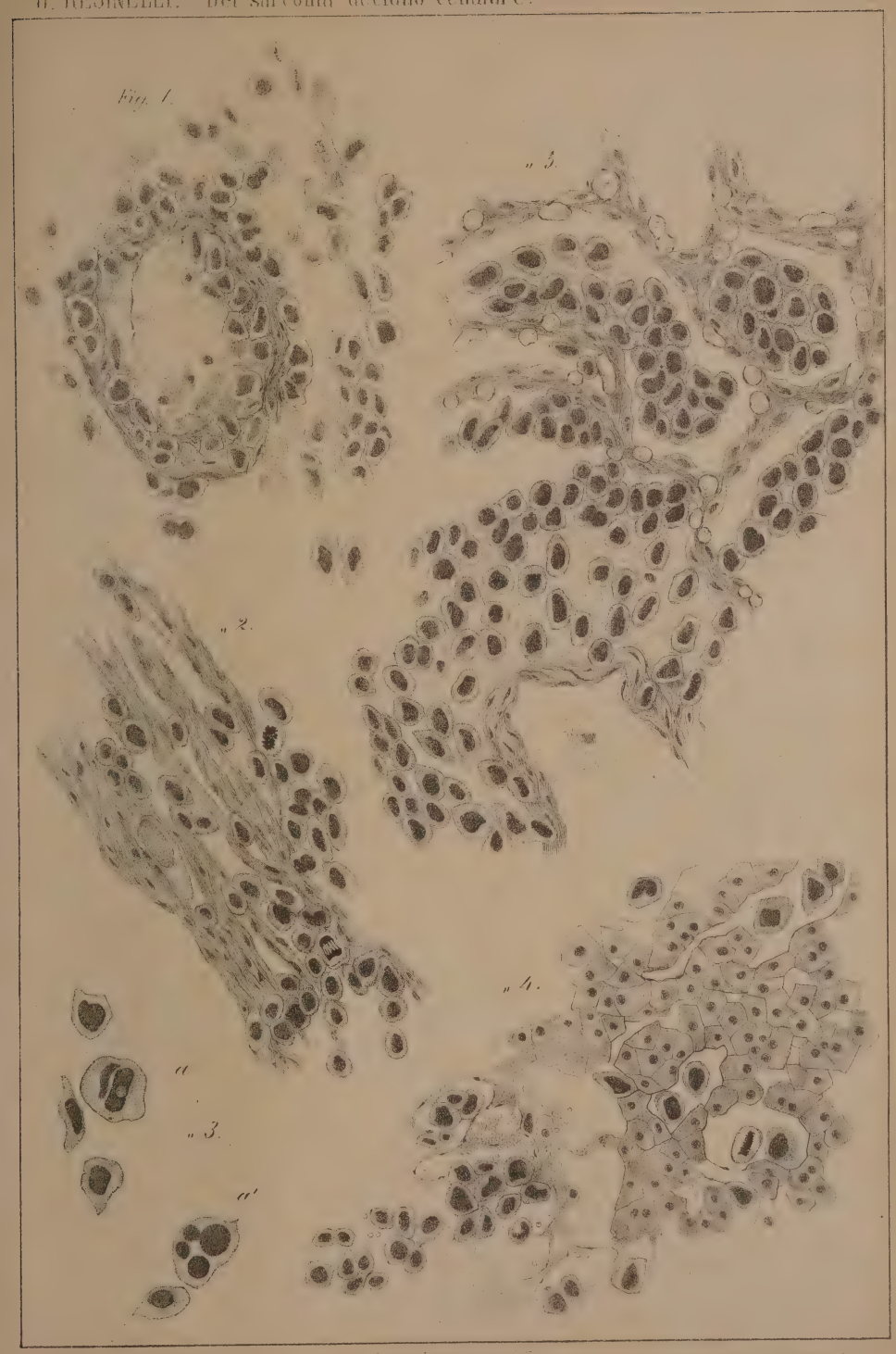
FIG. 2. — Fasci muscolari della parete uterina tagliati longitudinalmente ed invasi dalle cellule neoplastiche, alcune delle quali presentano nuclei in scissione cariocinetica. (Koristka, oc. 3, obb., 6, tubo aperto e foglio altezza tavolino).

FIG. 3. — Cellule del tumore uterino, fra cui *a*, *a'* di grandi dimensioni e plurinucleate. (Koristka, oc. 3, obb. 8, tubo aperto e foglio altezza tavolino).

FIG. 4. — Sezione di un nodo metastatico del fegato: a sinistra si scorge un tratto che corrisponde al focolaio emorragico; a destra le cellule del neoplasma (una delle quali in cariocinesi) invadono il tessuto epatico. (Koristka, oc. 3, obb. 6, tubo aperto e foglio altezza tavolino).

FIG. 5. — Sezione di un nodo metastatico del polmone. (Koristka, oc. 3, obb. 6, tubo aperto e foglio altezza tavolino).

G. RESINELLI. Del sarcoma deciduo-cellulare.



ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
24 DEC 95
LIBRARY

Dott. MUZIO PAZZI

STORIA SCIENTIFICO-SOCIALE DELLA LEVATRICE

(Continuazione, vedi pag. 708).

In altra parte del presente lavoro ho accennato alla reazione qua e là manifestatasi in Italia, ma ben presto abortiva appena sortito il grido che minacciava la sicurezza delle levatrici.

Il dott. Fiorioli Della Lena (S. Vito al Tagliamento) (1) ha poco gradita l'innovazione invocata dal Miranda e scrive: « Supponiamo per un momento soppresse le levatrici: da chi verranno assistite le partorienti? Da altrettanti medici? Oibò, mai più!... Saranno proprio persuase le donne di confidare, anche nei casi più regolari, tutto il loro pudore agli uomini? E poi vi saranno in casa tanti medici per legare tanti cordoni ombellicali, lavare tanti podici, porre tante cuffiette, ecc. e ciò fare per otto o dieci giorni, fino a tanto che la puerpera guarda il letto, il che appunto fanno le levatrici, che in ciò servono di buon aiuto, spesso assai necessario, per circostanze famigliari alle madri?... Forse nelle città ciò potrà ottenersi, ma giammai nelle campagne, e allora che cosa accadrà?... Due cose avverranno, assai semplici e naturali. Prima di tutto risorgeranno le levatrici abusive, forse non ancora di abbastanza nefasta memoria; in secondo luogo verrà addossato dalle

(1) Vittorio dott. Ferioli Della Lena. « A proposito della abolizione della levatrice. » Lettera al chiarissimo signor Comm. dott. Luigi Casati, direttore del *Raccoglitore medico*, anno LVII, serie V, vol. XVIII, N. 13, 10 Novembre 1894. -- Vedi pure la *Gazzetta medica di Torino*, N. 51 bis, Novembre e Dicembre 1894, supplemento di Ostetricia e Ginecologia, N. 11-12, p. 240.

sempre econome amministrazioni comunali anche questo servizio ai poveri medici condotti, naturalmente senza aumento di stipendio, nè di personale, ed essi allora saranno medici, chirurghi, ostetrici, ufficiali sanitari, periti, *comari,* cavadenti, vaccinatori, necroscopi, scarabocchiatori di denuncie di nascita, di morte, di ferite, di malattie, ecc., ecc.

L'A. parla pure della ingiusta concorrenza *legalizzata* che le levatrici abusive fanno alle regolari: vorrebbe migliorata l'istruzione e propone un esame ogni quattro o cinque anni; finalmente non vorrebbe vedere più condotte ostetriche da 200 e 250 lire come tante ve ne sono.

La Società subalpina di mutuo soccorso per le levatrici di Torino (1) ha comunicato al *Giornale delle levatrici* che, qualora la proposta della abolizione delle levatrici venisse presa in seria considerazione, non rinunzierebbe certo alle più vive proteste.

La signora levatrice Ripamonti Felicita nello stesso giornale e per lo stesso argomento, ha stampato un assennato articolo che potrebbe riassumersi in queste parole: « Abolire le levatrici sarebbe semplicemente assurdo, sarebbe contrario ad ogni senso di progresso. » La signora suddetta soggiunge (2): « Ciò detto, dovrò soggiungere che migliorare l'istruzione generale delle levatrici è necessario per guadagnare il rispetto a cui abbiamo diritto? Dateci dunque modo di seguire le orme di quel progresso pratico indispensabile alla nostra missione, elevandoci alle esigenze della scienza moderna, senza uscire dal nostro umile campo, senza urtare suscettibilità e senza suscitare emancipazioni e proteste. »

Il dott. Cioia, redattore capo del *Giornale delle levatrici,* ha accompagnato la protesta della signora Ripamonti con parole acconce che meritano di essere ricordate:

« Noi crediamo, egli dice, che essendosi molto modificate le vedute sulla assistenza al parto, siasi oggi sentito il bisogno di migliorare la istruzione delle levatrici. Con questo però non crediamo necessario nè utile creare un nuovo ordine di levatrici avente maggiore sviluppo intellettuale e scientifico (non parliamo della loro abolizione perchè abbiamo già detto che siamo contrari a questo provvedimento); in ogni

---

(1) *Giornale delle levatrici,* N. 23, 1894, p. 187.

(2) *Giornale delle levatrici* N. 24, 1894, p. 190-91.

condizione sociale si trovano persone capaci per qualità morali di assumersi la responsabilità delle levatrici, e la capacità morale non è il retaggio delle classi privilegiate. Anche le intelligenze comuni possono soddisfare alle doti richieste alle levatrici. L'esperienza dimostra che la durata del corso ostetrico odierno *quando sia tenuto e seguito coscienziosamente* basta per formare di una donna intelligente e non del tutto incolta, una buona levatrice.

« I lamenti dei medici dicono che la levatrice *va perdendo col tempo le nozioni acquistate,* e non che essa sia *insufficientemente instrutta.* Crediamo che *le levatrici farebbero tacere il desiderio di riforme e abolizioni* oggi tanto insistente, se si ricordassero sempre che il segreto per ottenere parti felici e puerperii normali sta nel praticare le norme antisettiche a sè, l'asepsi al parto. »

Le levatrici Candida Auderis (Torino), Giuditta Cardona (Napoli), hanno recentemente protestato contro la *buffa proposta,* contro la *balordaggine* della abolizione delle levatrici (1).

Riassumendo non è stato un plebiscito di protesta, ma un segno di malcontento qua e là per la penisola che non senza ragione ha suggerito alla signora levatrice Anna Saetta, parlando dei diritti manomessi delle levatrici i seguenti concetti (2):

« Molti paesi ne fanno a meno della levatrice perchè hanno il loro bravo medico condotto che supplisce; perchè hanno il loro così detto *mammanone* che risparmia le poche lire al bilancio municipale destinate ad una donna che vuol progredire con l'arte sua. Che tutto questo sia vero — che tutto questo non sia una esagerazione — ditelo voi, buone colleghe mie, ditelo voi! »

* * *

Conviene ora finalmente dare una idea della lotta acuta che si è aperta in questi ultimi anni contro le levatrici abusive, che come abbiamo veduto, costituiscono un ostacolo al progresso delle levatrici regolari che hanno il diritto su loro di merito, di precedenza, di giudi-

---

(1) *Rassegna di ostetricia e ginecologia,* Dicembre 1894, Gennaio 1895, copertina.

(2) *Rassegna di ostetricia e ginecologia,* anno III, N. 2, Febbraio 1894, p. 78.

zio. Come vedremo la lotta è stata lunga ed acerba, e per tale motivo io mi sono permesso di chiamarla « la campagna contro le levatrici abusive. »

« Non parrebbe vero » dice il Betti (1) « che nei tempi che corrono, quando già la questione della emancipazione della donna ha fatto passi così giganteschi, dovesse poi discutersi tuttora sulla necessità di assegnare alle nostre levatrici una dose di coltura tale da non rendere vano ed irrisorio il nome di *saggie donne* che hanno avuto dai francesi. Che se le censure ci venissero da persone profane della scienza da noi coltivata, sarebbe meno male.... Ma l'inverosimile è che gli avversari più accaniti delle idee nostre sono numerosissimi appunto nel campo dei medici, degli ostetrici, fra quelli, cioè, che più di tutti dovrebbero avvantaggiarsi della coltura di chi, in date circostanze, riesce loro di valido aiuto nel difficile esercizio della professione.

« L'istruzione della donna, in verità, è un bisogno più che mai sentito ai giorni nostri, specialmente in Italia, dove siamo per indole avversi a tutto quello che riguarda l'immegliamento intellettuale del sesso debole. Quanto poi all'istruzione della donna nel campo della medicina in particolare, siamo addirittura un secolo indietro a tanti altri paesi che, senza essere più civili del nostro, hanno della donna un concetto più elevato e più dignitoso. »

L'A. per avvalorare il proprio asserto si appoggia alle relazioni autentiche dei dott. Baudouin (Francia) e Frank (Bruxelles) e accenna come solo agli Stati Uniti d'America vi siano dieci scuole di medicina per le donne. Riguardo all'Europa, in Germania solo a Leipzig esisteva fino dal 1871 una scuola di medicina per le donne, ma fu tolta nel 1880. Ma al Reichstag, pare, si inoltri istanza ora per la riapertura della scuola e le firme sono 50 mila. Austria-Ungheria e Spagna stanno con la Germania, non così l'Inghilterra, la Danimarca, la Svezia e Norvegia, l'Irlanda, l'Olanda, la Rumania, il Belgio, la Svizzera, le colonie inglesi e la Russia presso a poco per ordine progressivo. A Pietroburgo anzi avremo entro il 1895 una Facoltà medica femminile (2); infatti il Consiglio di Stato della capitale russa si occuperà prossimamente del progetto per la creazione di una Università di medicina per le donne. Il progetto è stato

---

(1) *Rassegna di ostetricia e ginecologia*, anno III, N. 4, 1894, Copertina.

(2) *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 5 Febbraio 1895, coperta.

già elaborato da una commissione speciale incaricata dal Ministero dell'istruzione pubblica e solo la signora Rodstvennaia-Chaniawskia per dieci anni darà la somma di 30 mila lire circa (12 mila rubli) per dotazione.

La società sanitaria di Saratoff decise l'apertura di una scuola medica per le donne. Nella provincia di Saratoff, infatti, le donne rifiutano il medico (1).

L'Italia invece dà un contingente di poche dottoresse; ma d'altra parte dà un numero straordinario di basse intelligenze che si dànno allo studio della ostetricia minore. In questo campo quindi la concorrenza è massima ed inevitabile la lotta, specialmente quando due forti partiti si sono formati, spalleggiati entrambi dalla legge e cioè da un lato *i Comuni poveri e le levatrici abusive,* dall'altro *i Regolamenti nuovi e la levatrice moderna.*

Aggiungi in favore della prima lega la niuna fiducia per la donna giovane, istruita e patentata da parte dei Comuni, l'invidia, la pratica esosa, il privilegio delle levatrici abusive.

Lotta dunque, non solo per la *questione scientifica,* ma ancora e tanto più per *la questione economica.*

La digressione che mi sono permesso più sopra per porgere ai lettori una pallida idea della poca inclinazione del *suolo ausonico* per concedere l'emancipazione intellettuale e sociale della donna, mi è stata suggerita ancora dal bisogno che mi sentivo di spiegare che condizioni di tempo e di luogo hanno favorito la lotta della luce colle tenebre, e per uscire di metafora, delle levatrici giovani con le vecchie.

Ma con quanta capacità morale, con quanta intelligenza?

« Per quanto riguarda la capacità morale, scrive lo Schroeder, si può dir subito che questa non è retaggio di classi privilegiate; in ogni condizione sociale si riscontrano persone capaci per qualità morali di assumersi una tanto grave responsabilità. Che poi troppo spesso resti molto a desiderare sullo sviluppo scientifico delle levatrici e che buona cosa sia di avere levatrici istrutte, concedo; ma non è da disconoscere che solo una lenta e graduale evoluzione porterà frutti salutari.

---

(1) *Riforma medica,* 1895, vol. I, p. 516, Napoli.

« Le ragazze di buona famiglia, che si dedicano a questa professione, sono poche, chè alla responsabilità ed alle fatiche fisiche è troppo tenue il compenso.

« Noi ci dobbiamo quindi per ora contentare delle intelligenze comuni, perchè appunto sono queste che oggi si dànno allo studio di levatrici. Cade così l'ultima domanda, se con maggiore coltura non si possano ottenere medichesse dedite essenzialmente alla assistenza del parto, poichè lo studio della medicina esige una intelligenza superiore, e d'altra parte una mezza misura riuscirebbe più che inutile, dannosa.

« Un grado mediocre di istruzione medica per costituire una casta che tenga il mezzo fra levatrice e medico, credo cosa dannosissima. Già l'ostetrico abbisogna di tutte le cognizioni mediche al letto della partoriente per salvaguardare la vita della madre e del bambino.

« Da tutto quanto si è detto emerge la necessità di attenersi all'antico metodo d'istruzione....

« I lamenti dei medici non dicono già che la levatrice sia insufficientemente istrutta, ma che essa va perdendo col tempo le nozioni teoriche acquistate. »

Questo scriveva l'A. nel 1887 e questo potrebbe ripetersi oggi con la seguente aggiunta: da un lato abbiamo levatrici che non hanno studiato mai, con moralità sospetta, con abusi professionali legalizzati; dall'altro levatrici che hanno studiato e che vanno dimenticando quello che hanno imparato, perchè la lotta economica assorbe quella scientifica.

Dunque soli sono i combattenti: ignoranza e semi-ignoranza!

Fortunatamente, come abbiamo dimostrato, dal 1887 a questa parte, una certa parte della casta eletta dei medici, specialmente gli ostetrici, hanno preso a cuore la questione delle levatrici e si sono schierati dalla parte della giustizia, cioè delle levatrici moderne.

Ed ecco in qual modo le levatrici abusive furono schiacciate quantunque in Italia non sia infiltrato il buon sangue per la donna dottoressa e scienziata.

* * *

Il *Giornale delle levatrici* di Milano, più volte meritamente lodato, prima diretto dal Cuzzi, poi dal De-Cristoforis, è stato il primo arsenale dove si sono temprate le prime armi di difesa delle levatrici moderne.

È inutile che io raccolga tutto quanto si è detto nelle dotte pagine del periodico milanese contro le comari empiriche, per il danno morale e materiale che portavano alla classe delle levatrici. Mi basta segnalare al pubblico il nome della signora Scolaro-Cassari Vincenzina (1) levatrice condotta in Baghiera che nel 1891, per mezzo del *Giornale delle levatrici,* così scriveva:

« .... È bene che la nostra voce o forte o debole, si faccia sentire, se vogliamo che i nostri interessi non vengano completamente calpestati.

« Col famoso decreto di due anni or sono, infatti, si è concesso che le donne, le quali da un dato numero di anni esercitavano abusivamente, senza diploma, la professione di levatrice, potessero mediante un esame mettersi in regola con l'autorità, e ottenere di professare ufficialmente l'ostetricia. Queste povere donne, spostate, avrebbero dovuto fare buon viso a tale per loro provvidenziale decreto, accontentarsi della fortuna che proprio loro cadeva dal cielo, la quale regolarizzava la loro posizione, e cercare di mettersi al corrente coi trovati moderni della scienza ostetrica, che noi abbiamo con tanta fatica imparati nella scuola. Invece (almeno qui da noi) esse continuano in una guerra sorda contro le levatrici moderne, screditandole in faccia ai compaesani. Ne conosco una la quale chiama bizzarria la prescrizione di far partorire sul letto; lancia fulmini contro l'uso della biancheria di bucato durante il travaglio e il puerperio; chiama *schifosa abitudine* quella delle irrigazioni vaginali, alle quali le persone per bene e dotate di pudore non si dovrebbero sottoporre.

« E dire che molte donne che professano tali convinzioni, sono state autorizzate ad esercitare da levatrici! Vorrei un po' loro chiedere come è conformato il bacino, di quali ossa si compone; vorrei che mi spiegassero che cosa è l'utero, quale è il meccanismo del parto; vorrei un po' vedere se esse conoscono quando si deve fare intervenire l'ostetrico, per scongiurare il pericolo per la partoriente o il nascituro: vorrei sentire da loro come si comporterebbero di fronte a una imponente emorragia!! Scommetto che ne sentirei delle belle! Figuratevi che una di queste empiriche (lo so da testimoni che non possono mentire) la quale

---

(1) *Giornale per le levatrici,* Milano, anno V, 1891, 30 Agosto, N. 16, p. 121.

doveva fare l'esame, richiesta dal professore come essa avesse diagnosticata una gravidanza sul principio, rispose: « *Oh! bella, alla malata gonfia il ventre, mancano le mestruazioni.... e poi sono ormai ventisei anni che fo la levatrice, per ciò sono pratica di tali cose!* » Eppure ebbe il diploma.

« Capisco che in certi paesi poveri, ove per l'esiguo stipendio che le si dà, non hanno levatrice regolarmente diplomata, queste levatrici empiriche possono essere adoperate; ma diciamolo qui fra noi, è giusto che una partoriente, perchè è povera e perchè ebbe la disgrazia di nascere e vivere in campagna debba essere abbandonata alle cure di una levatrice, che ne sa tanto come quella della quale più sopra ho parlato? »

La scrittrice continua il suo studio dal vero della levatrice empirica e ne scopre i difetti gravi e irreparabili, facendo appello alla solidarietà delle colleghe per muovere guerra spietata a queste donne nemiche dell'uman genere.

Mi ricordo però che nel 1890 io scrissi da Padova in data 12 Giugno alla *Riforma universitaria* di Bologna, una corrispondenza contro l'esercizio abusivo dell'ostetricia e che in quella dicevo (1):

« Dal Ministero della P. I. partì nell'anno scorso una circolare, mediante la quale erano richiamate le levatrici abusive ad un corso accelerato di lezioni pratiche (15 giorni), in diverse scuole di ostetricia od istituti ostetrici del Regno, onde conseguissero una patente che desse loro il diritto di proseguire legalmente nell'esercizio professionale.

« Considerevole fu il numero delle donne che regolarizzarono legalmente la loro posizione, ma altrettante, se non il doppio o il triplo, sono rimaste nelle condizioni primitive.

« Il surriferito provvedimento governativo, se apparentemente può sembrare giusto e giustificato, praticamente è assurdo e pericoloso. Un corso accelerato di 15 giorni di studio per donne analfabete o quasi, con venti o trenta anni di empirismo infiltrato nei loro coriacei tessuti, rappresenta una *formalità regolamentare coatta e funesta.*

« In fatto, tutte queste levatrici prima *empiriche,* poscia *patentate,* più facilmente entrate nella fiducia del pubblico benevolo, han potuto quind'innanzi *sacrificare legalmente le loro vittime.* »

---

(1) *Riforma universitaria,* diretta dal prof. I. Martello, Bologna, vol. I, p. 178, anno 1890.

Non voglio però fermarmi più oltre su quello che allora dissi e che oggi potrei ripetere, con coscienza di causa, perchè essendo stato assistente ad una Clinica ostetrica, ho dovuto anch'io sobbarcarmi allo sgradito incarico d'istruire le levatrici abusive, con qual profitto, non saprei ripetere.

Oltre il *Giornale delle levatrici* altri due periodici *La levatrice condotta* e *L'Ostetrica* (1) si sono occupati per combattere le comari empiriche, e questo risulta dai telegrammi e dalle calorose affermazioni fatte in occasione del 2.° Congresso delle levatrici a Roma. Ma un altro periodico napoletano nasceva alla fine del 1891 sotto il nome di *Levatrice moderna* (2) col sotto titolo di *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia* diretto dal valoroso ostetrico dott. Carlo Cucca, e doveva poi negli anni successivi sotto l'unico titolo di *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia* innalzare una bandiera di protesta cui tenevano bordone tutte le levatrici del Regno, difesa dai medici, dagli ostetrici, dalle società, dalla stampa, e che doveva essere presa in considerazione anche dal Governo per la nobile causa che difendeva.

Ancora mi sovvengono le parole della signora Maria Agosti, allora maestra levatrice nella Casa di Maternità dell'Ospedale degli Incurabili, che invita le colleghe a gettarsi a capo fitto nella palestra della scienza e nel giornalismo: « La levatrice moderna, diciamolo un po' fra noi, ottime amiche, è diversa dalla antica: essa ha altre responsabilità, ha altri compiti, ha altri doveri, perchè altre sono le esigenze scientifiche, altro è il progresso che spinge tutte le cose. »

* * *

Appunto nella *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia* di Napoli, sotto il pseudonimo di Levatrice condotta e Levatrice maggiore, troviamo lanciate al pubblico le prime frasi battagliere contro le comari abusive. Riporterò alcuni brani principali (3).

---

(1) Loco citato.

(2) *La levatrice moderna, Rassegna di ostetricia e ginecologia per i medici pratici e le levatrici,* Napoli, 1 Dicembre 1891.

(3) *Rassegna di ostetricia e ginecologia,* Napoli, anno I, 1892, N. 2, p. 63-64.

« La legge, il decreto, il regolamento incombono l'obbligo a noi levatrici autentiche, di scongiurare le febbri puerperali prescrivendo rigorose disinfezioni, ecc., ecc.; ma il pregiudizio ignorante, le consuetudini affermano invece che ciò sono sciocchezze, che ciò sono chimere, mulini a vento ed altre belle cose, e quindi la prima comare di piazza è in diritto di mettere le sue mani sporche di terriccio nei genitali della donna; di mettere il suo dito sporco per fare il riscontro — ed altro ben di Dio. — Ed intanto la febbre puerperale, nel secolo della antisepsi, fa strage!...

« Il pubblico chiama la levatrice: perchè la chiama? Certamente per star bene madre e figlio.

« Ebbene no: queste vecchie comari pensano che deve morire chi non ha avuto il tempo di nascere... quando non avviene peggio! Ma come si fa? come volete che facciano le levatrici per impedire simili sconci? Possono esse rivestirsi da ufficiali sanitarii, da delegati, da giudici, carabinieri, per non far avvenire questi danni! »

* * *

Una commissione composta dei signori dottori Ricciardi ed Amante e dalle signore levatrici Agosti e Badioli ebbe l'incarico di scrivere un *memorandum* da presentare al *Consiglio superiore di sanità* per migliorare le condizioni delle levatrici condotte che sarebbe stato discusso da un valoroso componente il Consiglio superiore. Il primo passo era fatto, incominciando col domandare che non si abilitassero più le vecchie o semivecchie ignoranti e sudicione a far concorrenza alla levatrice condotta.

Alla fine del 1892 il Consiglio superiore di Sanità si riunì; i professori Ritti, Cucca e Generali (1) con stringente dialettica dimostrarono che le levatrici abusive usurpano il posto ed i diritti delle persone debitamente diplomate, gli on. Guido Baccelli e Mario Panizza favorevoli ai preopinanti erano lontani dalla seduta, ma il Direttore della Sanità pubblica, prof. Pogliani, capitanò il grosso dei vecchi conservatori e concesse il permesso alle vecchie esercenti di mettersi in regola con

(1) *Rassegna di ostetricia e ginecologia*, Napoli, 1893, N. 1, anno II, copertina.

la legge, ossia di legalizzare la loro ignoranza. L'on. Alfonso Vastarini, compresa l'enormità di questa decisione, provò di persuadere il ministro della P. I. a respingere il parere del Consiglio di Sanità perchè « lesivo all'interesse di migliaia di levatrici che hanno fatto un corso regolare di studii. »

L'on. Giolitti, allora presidente del Consiglio dei ministri, rispose all'on. Vastarini nel modo seguente (1):

Onorevole Collega,

L'ammissione delle levatrici abusive ad un esame pratico di idoneità non ha altro scopo che di mettere in grado di provvedere al servizio obbligatorio di ostetricia, mediante levatrici autorizzate, quei Comuni che altrimenti non potrebbero provvedervi per difetto di mezzi con cui stipendiare levatrici regolarmente approvate.

Senza un tale espediente si avrebbe che, in molti Comuni, le partorienti sarebbero assistite da donne mancanti non solo di cognizioni scientifiche, ma altresì di ogni pratica, mentre invece per esso si assicura ad esse l'opera di esercenti, la cui abilità è stata riconosciuta dalla autorità scolastica competente, anche per quanto riguarda l'uso dei disinfettanti per il quale, nel breve corso di studii che devono compiere prima di subire l'esame di idoneità, sono loro impartite le istruzioni necessarie.

Non è poi fondato il timore di una concorrenza fatta dalle levatrici semplicemente autorizzate a quelle patentate, perchè quelle non possono esercitare dove sono queste o dove l'opera di queste si appalesasse sufficiente.

Da siffatte considerazioni, non dubito che Ella vorrà riconoscere come la proroga del termine per l'ammissione al detto esame pratico non potrebbe stimarsi un provvedimento dannoso. Con la maggiore considerazione

Affez. GIOLITTI.

Questo avveniva nel 1893, a pochi passi dalla detronizzazione del Governo e il novello orizzonte doveva essere propizio alle levatrici. Fallito il ricorso al Consiglio di Sanità, si fece il ricorso al Consiglio di Stato, presentando come altri documenti, le adesioni delle levatrici meridionali, le proteste e le adesioni delle società fra le levatrici di Genova, Milano, Roma, Torino e Bologna, della direzione e redazione del *Giornale delle levatrici*, dei chiarissimi prof. Inverardi, Tibone, Chiarleoni, Madruzza, Pestalozza, Raineri, Marocco, ecc. Tale ricorso redatto dall'avv. Giu-

(1) *Rassegna di ostetricia e ginecologia*, anno II, 1893, N. 2, copertina.

seppe Aurineta, riportato per *extensum* dalla *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia* di Napoli, merita di rimanere nella storia delle levatrici come documento prezioso (1):

Alla Eccellentissima 4.ª Sezione del Consiglio di Stato.

Anna Saetta levatrice diplomata, domiciliata in Napoli, Archivio di Stato Egiziaca a Pizzofalcone, ed elettivamente in Roma presso l'Avv. A. Montesano, via Leoncino 4, debitamente autorizzata da suo marito, produce formale ricorso avverso il regio decreto del 5 Febbraio 1893 N. 121 della raccolta ufficiale delle leggi e decreti del Regno, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale N. 60 del dì 13 Marzo 1893, pei seguenti motivi:

La legge sulla tutela della igiene e della sanità pubblica (22 Dicembre 1888, N. 5849, Serie 3.ª) in conformità e per quanto vi si riferisce alla legge 13 Novembre 1859 sulla pubblica istruzione, col disposto dell'articolo 23 assolutamente e recisamente vieta l'esercizio della professione di levatrice, tra le altre, a chi non abbia conseguito la laurea od il diploma di abilitazione in una università, istituto o scuola a ciò autorizzati nel Regno; e con l'articolo 14 della legge stessa fa obbligo dell'assistenza medica, chirurgica ed ostetrica ai comuni per la cura gratuita dei poveri.

Per modo che, la legge stessa, se da un canto vieta l'esercizio della professione di levatrice per chi non sia fornita del requisito principale, quale si è quello del diploma, riconosce d'altro canto, diritto di esercizio per quelle che legalmente abbiano ottenuto il diploma medesimo: e crea un diritto a concorrere al posto di levatrice stipendiata nei comuni del Regno. Di talchè le proroghe, purtroppo frequenti e ripetute, al regio decreto del 9 Febbraio 1888, N. 5253, che istituiva sessioni di esami pratici per porre in regola colle leggi sanitarie le donne esercitanti abusivamente la ostetricia nei comuni privi di levatrici patentate, sono *espedienti* che costituiscono una duplice violazione di diritti e di giusti interessi in danno delle levatrici diplomate, tra le quali è la ricorrente, rendendo nel tempo stesso quasi pari le condizioni di una professionista diplomata, con una qualsiasi empirica, con una qualsiasi vecchia esercente, la quale riesce a regolarizzare la sua condizione legale con semplici esami pratici e con procedimento assai sommario.

E se può valere a sostenere il decreto del 9 Febbraio 1888, di cui dianzi è parola, la necessità di non potersi di un colpo provvedere al servizio ostetrico nei comuni rurali poveri, siffatto stato di necessità eccezionale, e che deve ritenersi come un male minore di fronte al male maggiore, che sarebbe derivato dalla assoluta mancanza — quasi contemporanea — di assistenza ostetrica nei comuni poveri, deve restare nel campo della eccezionale e transitoria disposizione, come tolleranza di un male, che devesi subire pel momento, e che non deve per verun modo — derogando ai principii stessi confermativi dalla legge — diventar per ri-

(1) *Rassegna di ostetricia e ginecologia*, Napoli, Giugno 1893, N. 6, p. 223 e seg.

petute concessioni di proroghe, quasi norma ordinaria; in tal modo la legge disdetta nel suo concetto più volte — verrebbe addirittura a rendersi frustranea. Sin quando la legge non poteva arrivare agli alti suoi fini, perchè non altrimenti sarebbesi potuto provvedere ai mezzi per raggiungerli, fin quando non potevasi per disposizione di legge creare od improvvisar levatrici diplomate dall'oggi al domani, senza che si fosse durato il tempo necessario al conseguimento di una tale laurea, e di un siffatto diploma, la disposizione transitoria ed eccezionale — che per impedire un danno maggiore, quale quello di lasciar privi di levatrice taluni piccoli centri, mirava a cernere fra le incapacissime le meno incapaci, se non era giusto provvedimento, era almeno accettabile perchè necessario.

Ma quando dal 1888, epoca del primo decreto che a tale scopo provvedeva, insino ad oggi son passati ben cinque anni nei quali le vecchie esercenti sono state favorite per decreti reali per entrare, in certo qual modo, nel campo della legalità, non può, nè deve intendersi una novella ed ulteriore proroga, che varrebbe a sanzionare uno stato deplorevole e dannevolissimo di cose, rendendolo senza termine duraturo e perpetuo.

Nè meno ingiusta ed illegale la proroga stessa appare, qualora si consideri che il diritto di tante levatrici, le quali si tennero e si ridussero nei confini della legge, si sottoposero a sacrifizii per talune addirittura incredibili — e studiarono ed appresero la teoria, assistettero e frequentarono cliniche e sostennero esami, ed infine ottennero un diploma, debbano essere tenute lontane da villaggi e da ridenti borgate che senza le empiriche, superstiziose ed ignoranti, sarebbero costretti a mantenere le levatrici regolarmente diplomate.

Nè vale il dire che un semplice esame pratico vale a modificare le vecchie esercenti che sono tenute più recalcitranti ai progressi della scienza, quanto più tempo durarono nel beato e comodo andazzo di un irrazionale e primitivo empirismo. Ma se tutto cotesto, pertanto, più lede privati che pubblici interessi, di una classe più che della universalità, da siffatto punto di vista considerato, grave danno e nocumento incommensurabile arreca agli interessi generali dei cittadini, guardato dal punto di vista delle funzioni, cui, per supina tolleranza di legge, la vecchia esercente levatrice è adibita, legalizzando la sua condizione a tanto poco prezzo.

Come pretendere, infatti, che chi ieri, ed il giorno innanzi, senza criterio scientifico, senza razionale proposito assistette da empirica le povere partorienti, digiuna d'ogni cognizione d'ostetricia e per la sola cattiva pratica — quando forse la scienza stessa era ancora bambina — come pretendere che gente siffatta possa intendere i progressi della scienza e possa provvedere a quel tanto cui è chiamata pel suo ministerio? Codeste donne, coi loro pregiudizii, con i loro cattivi sistemi, con i mezzi primitivi che adoperano per far partorire una donna, e con la veruna coltura, e persino l'assenza di pulizia sulle loro persone, sono le più precipue e principali cause della diffusione della setticemia puerperale.

E, per giunta, in caso di puerperio morboso per lacerazioni ai genitali durante il parto, o per febbre puerperale sopravvenuta, la levatrice trovasi in tali contingenze nelle quali è lei sola che, sul momento, deve provvedere coi mezzi della scienza e di sua iniziativa; ed è lei che può salvare od anche uccidere una sventurata donna.

E chi ignora quante e quali operazioni ostetriche siano di pertinenza delle levatrici, a partire dalle semplici irrigazioni vaginali, a quelle endouterine, dal

cateterismo vescicale alla puntura delle membrane, dalla episiotomia alle manovre pel distacco della placenta, dalle facilitazioni delle presentazioni pelviche al rivolgimento? E che può sapere una vecchia esercente di posizioni e presentazioni, di cause di distocia per le quali è indispensabile l'ostetrico? E che possono intendere esse di asepsi in poche e superficiali lezioni fatte per semplice apparenza?

Di modo che a non voler spezzare la dannosa consuetudine di accordar proroghe, la legge sanitaria resterebbe una irrisione, ed una ingiustizia sarebbe per chi ad essa si uniformi; laddove non *utile* o *vantaggio,* sibbene *danno* arrecano al servizio ostetrico le proroghe delle sessioni di esami pratici cui miravano i decreti del 9 Febbraio 1888, 8 Marzo 1891 e 3 Marzo 1892, nei comuni rurali e poveri, appunto dove più difettano sanitari, che possano col loro intervento, seppure, riparare i guai dalla imperita levatrice prodotti; ed assai più ne arrecherebbe il decreto contro del quale si produce ricorso portante la data 5 Febbraio 1893, N. 121 della Raccolta Ufficiale delle leggi e decreti.

Per le suesposte ragioni e per i motivi dianzi dedotti, quindi, e per quelli che saranno a suo tempo svolti, salvo aggiungere, modificare ed ampliare, la levatrice Anna Saetta, debitamente autorizzata da suo marito, produce formale ricorso alla Ecc.ma 4.ª Sezione del Consiglio di Stato, chiedendo l'annullamento del decreto stesso del 5 Febbraio 1893, N. 121 della Raccolta Ufficiale delle leggi e decreti del Regno, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale,* N. 60, del 18 Marzo 1893, costituente desso una flagrante violazione dell'art. 23 della legge sulla tutela della igiene e della sanità pubblica (22 Dicembre 1888, N. 5849, serie 3.ª) non che della legge sulla pubblica istruzione del 13 Novembre 1859.

Roma, il dì 12 Maggio 1893.

* * *

Gutta cavat lapidem.

E S. E. Crispi doveva intendere le rimostranze dell'on. E. Riola in favore delle levatrici (1), doveva tenere calcolo dell'appoggio a noi prestato dai deputati Vastarini-Cresi, Ungaro e Riviera, dalla stampa scientifica, del ricorso degente al Consiglio di Stato. Infatti il dott. Cucca nella seduta del 20 Marzo del 2.° Congresso delle levatrici, accennando ai fatti deplorevoli (2) per i quali la posizione della levatrice diplomata è resa intollerabile di fronte a quella abusiva; e ricordando le diverse fasi governative subìte dalla importante questione, conchiuse che da certi sintomi che si presentavano, pareva che le levatrici patentate avrebbero finito coll'aver ragione.

---

(1) *Rassegna di ostetricia e ginecologia,* Napoli, 15 Marzo 1894, N. 3, copertina.

(2) *Rassegna di ostetricia e ginecologia,* Napoli, 15 Maggio 1894, N. 5, copertina.

Il dott. Padula insistè perchè si combattesse contemporaneamente l'empirismo ostetrico nelle campagne e nelle città.

Finalmente anche il Ministero doveva convenire che uno strappo alla legge veniva fatto e che ormai bisognava impedire tale sconcio, ma non senza una lotta accanita delle levatrici di Napoli.

Mentre sindaci, assessori e persone influenti stavano formando un complotto in favore delle empiriche, le levatrici Anna Saetta, Maria Agosti, Giuditta Cardona redassero un memoriale di protesta che l'onorevole Ungaro presentò all'on. Crispi. E l'on. Ungaro portò vittoria ottenendo dichiarazione favorevole del Presidente dei ministri.

Nella *Rassegna di ostetricia e ginecologia* del 15 Giugno 1894, a caratteri cubitali si leggeva: *La distruzione delle empiriche!*

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Roma.

Mi pregio assicurarla che il Ministero, accogliendo la domanda da Lei raccomandatami, si asterrà dal concedere *altre sessioni di esami per abilitare le levatrici abusive all'esercizio dell'ostetricia.*

Gradisca l'espressione della mia più distinta stima e mi creda suo devotissimo

FRANCESCO CRISPI.

Questa lettera veniva comunicata alle levatrici d'Italia dalla stessa signora levatrice Anna Saetta con dichiarazione che avrebbe ritirato il ricorso dal Consiglio di Stato essendo ormai inutile.

Ecco dunque come è finita la campagna contro le levatrici.

Alla Società emiliana delle levatrici io tenni il 27 Gennaio p. p. una conferenza contro l'abolizione delle levatrici, e dimostrai il lato debole di questa tesi e incitai le levatrici alla unione, allo studio, per essere forti entro la cinta insormontabile dei proprii diritti e di quelli che la natura aveva preferito di concedere a loro sull'uomo.

Fui violento contro l'empirismo.

Alla Società bolognese delle levatrici, che speriamo si unirà presto alla emiliana per concentrare tutte le forze *in un solo utile sodalizio,* il segretario Cicognani parlò contro le levatrici abusive (1) e disse: « La

(1) *Rassegna medica*, Bologna, 1894, anno II, N. 14, p. 4.

classe delle levatrici ha il pieno *diritto* anzi il *dovere* di osteggiare le *abusive* che intralcian la via alle pratiche della scienza vera, rendendone malagevole la professione. »

La *Levatrice condotta,* rassegna mensile di Roma, che entra ora nel quarto anno di vita, organo ufficiale della Società italiana delle levatrici diretto dalla signora levatrice maggiore Maria Gerosa Fasce, nel primo numero di quest'anno (1) ha articoli vivaci contro la soppressione delle levatrici.

Raccolgo le conclusioni seguenti:

« . . . . . Fino a tanto che vi saranno partorienti, vi devono essere levatrici, anche perchè certe cose le donne non possono confidarle che ad altre donne; cioè almeno fino a tanto che l'educazione modernissima non abbia tramutato il mondo in un immenso postribolo.

« Se i programmi attuali non rispondono alle esigenze moderne, si obblighino le levatrici a studiare dell'altro; ma sognare di sopprimerle è una utopia, perchè qualora fosse per un momento possibile risorgerebbe gigante la piaga delle levatrici abusive. »

Il programma per il 1895 di questo giornale può riassumersi nel seguente periodo:

« . . . . . Sorto a tutela dei legittimi e veri interessi delle levatrici, si propone di iniziare al più presto una *petizione* al Parlamento nazionale, onde venga applicato anche alle levatrici l'art. 16 della legge sanitaria, il quale fa acquistare la stabilità ai medici e chirurghi dopo un triennio, e venga aggiunto un articolo il quale fissi il minimo dello stipendio da pagarsi dai municipii alle levatrici, obbligando altresì gli esattori comunali a pagare lo stipendio puntualmente mese per mese — quantunque il comune non abbia i denari disponibili — come hanno già ottenuto i maestri elementari. »

Tutte le spese occorrenti per la petizione al Parlamento, saranno sostenute dalla *Levatrice condotta.*

Il dott. O. Ruggeri (direttore del giornale *La levatrice* che si stampava nel 1882 a Roma e che successivamente ha cambiato il nome in *L'Ostetricia* e si stampa a Pesaro), sotto il pseudonimo di Jelina Ziebbel

---

(1) *La levatrice condotta,* Roma, Fratelli Capaccini, anno IV, 1895, N. 1, 14 e segg. e supplemento.

dice alle levatrici: « Mai avrebbe pensato di cadere a fare la professione umiliante, piena di strazii come oggi vi tocca (1). »

Ed aveva ragione.

Lo stesso autore parlando (2) nel 1894 sopra una *notizia fulminante* cioè l'abolizione delle levatrici, così finiva il suo articolo:

« Se il governo non fosse uno sgoverno e uno sfruttatore soltanto, io vorrei insegnargli su certe cose come si fa il governo, ma io sono un inascoltato ed un ignoto: è quindi meglio tirare di lungo e dire solo: Va animale da calci, e il futuro ti sia leggero. »

Ed il dott. Antonio Rota scrive da Chiari (Brescia) al dott. Ruggeri una lettera a proposito della abolizione delle levatrici che così finisce (3): « Lasciate dunque alle levatrici l'antico e delicato loro ufficio; pretendete pure siano bene istruite, sospendetele quando non facciano bene, o se scoppiasse fra le loro clienti la febbre puerperale: il medico curandole avrà bene meritato della società, ma non venga mai meno alla dignità propria e dell'arte. »

* * *

Da tutto quanto si è detto appare evidente che la classe delle levatrici abusive è moralmente morta e solo manca che per effetto di legge siano messe nella impossibilità di danneggiare materialmente. Appare inoltre che ha diritto di esistenza la levatrice, dirò così, istrutta e legale.

Riguardo alla levatrice moderna diremo nell'ultimo capitolo, che riguarda le conclusioni, tutto ciò che rappresenta ancora un pio desiderio di attuazione.

Ora conviene, come ho promesso, che mi occupi dei regolamenti comparsi in Italia riguardo alle levatrici, non che di alcune critiche che li riguardano.

(Continua).

---

(1) *La levatrice,* Roma, 1892, N. 12, 1 Luglio, p. 8.

(2) *L'Ostetrico,* Pesaro, 1 Novembre 1894, anno IV, N. 4, p. 3.

(3) *L'Ostetrico,* Pesaro, 1 Gennaio 1895. N. 6, anno IV, p. 5.

RASSEGNA

Dott. FRANCESCO VILLA. — **Sulla cura operatoria del cistocele vaginale.** Nota preventiva. — *Tribuna Medica,* Ottobre 1895, Milano.

Ricordati i frequenti insuccessi dei metodi operativi impiegati contro il cistocele, l'A. riferisce di una cisto-isteropexis vaginale, praticata il 16 Maggio del corrente anno, con esito che fino ad ora si mantiene soddisfacente, ed espone un processo operatorio che ritiene superiore a quelli fin qui proposti, e che è basato sullo scivolamento in alto del setto vescico-vaginale e della vescica, con successiva sutura alla parete uterina anteriore ed alla vagina. L'A. dichiara di occuparsi del cistocele isolato.

Praticata l'incisione vaginale alla Mackenrodt, aggiungendovi una breve incisione trasversale anteriore sul collo, vengono preparati due larghi lembi vaginali, e la vescica viene scollata dall'utero ed un poco anche dal foglietto peritoneale anteriore del cul di sacco vescico-uterino. Spingendo allora la vescica alla massima altezza e sostenendone bene la voluminosa ernia che viene a fare nel campo delle incisioni, essa viene suturata alla parete uterina anteriore per quella superficie che vi corrisponde ad utero tratto in basso. Resecata la parte di stoffa esuberante d'ambo i lembi vaginali, mediante escisione semi-ovalare bilaterale longitudinale, si riduce la vagina al collo e si sutura l'incisione longitudinale comprendendo e fissando i tessuti sottostanti. Vescica e setto vescico-vaginale fatti così scivolare in alto, restano fissati in una posizione affatto paragonabile alla fisiologica, e la resezione bilaterale semi-ovalare dei lembi vaginali, al pari della semplice colporafia, allunga la parete vaginale anteriore.

DECIO.

M. GUENZBURG. — **Casuistica; contributo alla diagnosi delle malattie ostetriche e ginecologiche.** — *St. Petersb. medic. Woch.,* Suppl. N. 3, 1895.

Il primo dei casi studiati dall'A. si riferisce ad una pluripara che nel dodicesimo giorno di puerperio fu presa da vivi dolori nelle ginocchia e nelle spalle (recidiva di un reumatismo poliarticolare precedente), da vomito, da algie addomi-

nali. L'esplorazione riusciva alla donna assai dolorosa: i fornici vaginali erano liberi. Nel decorso successivo si aggiunsero dolori epigastrici e rialzi termici a 40°. Si trattava di peritonite insorta come complicazione del reumatismo articolare, dovendosi escludere ogni infezione puerperale.

Il secondo caso si riferisce a una pseudo-erisipela idrargirica. In un'ammalata che in seguito a cura fatta col precipitato rosso di mercurio per blefarite soffrì di eritemi mercuriali, questi si ripresentarono in seconda giornata di puerperio in seguito a una lavatura con sublimato.

Nel terzo caso si tratta dell'insorgenza acuta di prurito dei genitali determinato dalla rosolia. Dott. L. Villa.

E. LIBERSOHN. — **Contributo alla casuistica delle intossicazioni da acido fenico.** — *St. Petersb. medic. Woch.*, Suppl. N. 3, 1895.

Nella pratica ostetrica le soluzioni feniche e le medicazioni fenicate richiedono moltissima prudenza. In una puerpera alla fine della seconda settimana di puerperio, molto denutrita, soffrente di mastite, fu applicata una compressa fenicata. (Si usarono circa 100 grammi di una soluzione fenica al 5 %, cui si aggiunsero 2 bicchieri d'acqua). Dopo 10 ore dall'applicazione l'A. trovò l'ammalata in condizioni gravissime: polso appena sensibile, sudore freddo, pupille dilatate, vomito, anuria. Egli mette tali sintomi in rapporto colla medicazione fenicata: l'acido fenico fu assorbito anche a cute intatta: ammette però anche che nel suo soggetto esisteva speciale idiosincrasia. Dott. L. Villa.

G. RICHELOT. — **Su d'un processo definitivo di isterectomia addominale totale per fibromi uterini.** — *Journal de Médecine de Paris,* N. 20, 1895.

Il procedimento si riassume nell'abbandono completo delle legature e delle suture e nell'applicazione di pinze a permanenza come nell'isterectomia vaginale. Disinfettata con ogni cura la vagina, si pratica l'incisione addominale e si tira l'utero fuori della ferita. Se il fibroma è sviluppato nel segmento inferiore o vi si prolunga e riempie l'escavazione, bisogna enucleare sia in blocco che sminuzzandolo, ed allora l'utero flacido ed avviziato permette di agire liberamente sui suoi lati. Dissecato un lembo peritoneale, la vescica e l'uretere vengono respinti nel piccolo bacino, e poi introdotti l'indice ed il medio della sinistra in vagina e portatili nel fornice anteriore per mezzo delle forbici, viene fatta la disinserzione

dell'utero ed il cul di sacco anteriore viene aperto. Si continua la disinserzione della vagina fino alla base del legamento largo, e naturalmente nulla sanguina, ed allora perforato colle forbici il foglietto posteriore del legamento, tenendo bene abbracciato detto legamento col pollice in avanti e le altre dita all'indietro, si applica su di esso dalla via vaginale la grande pinza di Richelot. Identicamente si procede d'ambo i lati, ed esportato l'utero si mettono alcune pinze sui punti sanguinanti vaginali e poi una striscia di garza è applicata dall'alto a chiudere la breccia peritoneale ed a difendere l'intestino dal contatto dell'estremo terminale delle pinze.

Tre casi furono così operati con rapidità e successo completo.

Dott. F. Villa.

M. MORLE et Mlle HÉNAULT. — **Statistique du service d'accouchements de la Charité** d'Octobre 1891 au 21 Décembre 1894. — *Journal de Médecine de Paris*, N. 23, 1895.

Furono accolte 3295 donne e si ebbero: 2811 parti naturali — 206 applicazioni di forcipe — 52 rivolgimenti — 13 basiotrissie — 223 aborti — 35 secondamenti artificiali — 6 sinfisiotomie — 24 parti gemellari.

La morbilità bruta comprendente tutti i casi in cui la temperatura raggiunse i 38° anche una sol volta fu del 13.3 %. La morbilità vera, pure calcolati tutti i casi in cui la temperatura toccò i 38° anche una sola volta fu del 11 %. La morbilità generale fu del 0.84 %. Delle donne condotte già infette nella clinica 3 non si potè salvarle. La mortalità per infezione contratta nella clinica fu nulla. Budin a ragione pensa che è importantissimo per l'avvenire d'una partoriente che essa non abbia alcuna infezione durante il puerperio. Una donna che ebbe un po' di linfangite mammaria e che lasciò la clinica essendo in apparenza perfettamente guarita, spesse volte dopo poco tempo vede ripristinarsi gli accidenti infiammatorii e prodursi un'ascesso. Medesimamente quando una donna ebbe un po' di febbre perchè i suoi organi genitali non erano in istato d'asepsi perfetta, non è raro di vedere sopraggiungere un'endometrite od un'infiammazione degli annessi od un flemmone tardivo.

Da ciò si comprende come attualmente che la mortalità è ridotta al minimum, importi sopratutto d'indicare esattamente la morbilità, *la quale sola permette* di giudicare dello stato sanitario di una clinica.

Come antisettico si adoperò il sublimato corrosivo 1:4000 e nelle anemie acute e nelle albuminurie si fa seguire all'irrigazione di bicloruro una lavatura d'acqua bollita o di soluzione di naftolo.

Dott. F. Villa.

JOUIN. — **Pathologie utérine et maladie de Basedow.** — *Journal de Médecine de Paris,* N. 23, 1895.

Coll'appoggio di 43 osservazioni personali, l'A. crede di poter dimostrare che il gozzo esoftalmico ha colla patologia uterina dei rapporti che non possono essere ascritti a mera coincidenza, ed anzi pensa di stabilire che la patologia dell'utero ha una parte importante nell'eziologia del morbo di Basedow, potendo produrlo, mantenerlo e farlo migliorare o sparire a seconda del miglioramento o dell'esacerbazione che la forma uterina subisce. L'A. crede inoltre che nelle forme fruste, ancora poco conosciute, il gozzo esolftalmico debba dare la chiave della maggior parte dei fenomeni patologici detti della menopausa.

In un primo gruppo di osservazioni sono compresi 18 casi di: metrite, gozzo esoftalmico. Cura della metrite e grande miglioramento. Cura del morbo di Basedow e guarigione.

Nel secondo gruppo si comprendono i casi riguardanti i soggetti arrivati all'età della menopausa.

Spesso fu facile lo stabilire la priorità delle lesioni genitali, e per lo più si osservò che i sintomi di Basedow migliorarono man mano che la malattia uterina volgeva a guarigione, che se anche si volesse ammettere essere le forme uterine conseguenze del gozzo, si dovrebbe pur sempre ritenere che il miglioramento delle condizioni della matrice esercita un' influenza spiccatamente favorevole sui sintomi della nevrosi.

Bisogna studiare le forme fruste e non attendersi d'incontrare quelle complete, se non eccezionalmente. L'esoftalmo fu segnalato quasi costantemente ma per lo più in grado assai moderato: lo sguardo il più lucido, e gli occhi più umidi presentano una fissità che colpisce per poco che si osservi con insistenza. Le malate accusano un senso di pulsazione, di pienezza delle palpebre ma non osservano la proiezione del bulbo. Il gozzo è eccezionale e per lo più si ha un senso di costrizione al collo. La tachicardia è invece quasi costante, e così pure l'impressionabilità nervosa, l'insonnia, l'agitazione continua sono caratteristiche ed il dimagramento è spesso considerevole.

L'A. il quale si attiene alla teoria di Trousseau, cioè alla nevrosi del grande simpatico con o senza alterazione materiale del sistema nervoso ganglionare, conchiude:

1.° Il morbo di Basedow presenta colla menopausa e cogli stati patologioi dell'utero i rapporti più intimi.

2.° In questi rapporti devesi ammettere che il gozzo esoftalmico è la conseguenza e non la causa dei disturbi uterini.

3.° Questo fatto è dimostrato dal momento d'apparizione dei fenomeni morbosi e reso evidente dall'osservazione che il miglioramento nelle condizioni della matrice è tosto seguito da miglioramento e da guarigione della nevrosi.

4.° Il rapporto del gozzo colla menopausa e la conoscenza delle forme fruste della malattia di Basedow, permettono di comprendere e di spiegare la maggior parte dei fenomeni patologici della menopausa.

5.° Dalla conoscenza dei fatti clinici derivano conclusioni terapeutiche impreviste ed importantissime.

Dott. F. Villa.

Prof. A. PINARD. — **Traitement curatif de l'infection puerpérale.** — *Semaine Médicale,* 21 Août 1895.

Nell'anno 1894 sopra 2139 donne accolte nella clinica Baudelocque venne diagnosticata 123 volte la febbre puerperale; 85 volte l'irrigazione endouterina continua ha bastato a far scomparire ogni sintoma, negli altri 38 casi si è praticato il raschiameuto e si ebbero 34 guarigioni; 4 donne morirono dopo aver subìto le irrigazioni endouterine e il raschiamento. Per l'irrigazione continua viene adoperata la cannula di Tarnier, e come liquido antisettico: 1.° il bijoduro di mercurio all'uno per quattromila; 2.° una soluzione fenica all'uno per cento; 3.° una soluzione satura di naftolo β o di acido borico. Questi liquidi vengano adoperati alla temperatura da 35 a 40 gradi. Si fanno prima passare 20 litri di soluzione di bijoduro, alla quale si sostituiscono poi le altre due soluzioni. La cannula viene fissata all'ammalata.

Per il raschiamento adoperansi due cucchiai dal tipo Rekamier, uno smusso ed uno a margini semi taglienti. Questi cucchiai sono lunghi 28 cm. Si fa un raschiamento col primo e lo si completa col secondo. Si fa una lavatura endouterina indi si ripulisce la cavità con garza bagnata in soluzione fenica al 5 %, in fine si zaffa con garza all'jodoformio la cavità uterina lasciando pendere in vagina un capo della garza. Questo raschiamento è fatto tutto senza mettere nè speculum nè valve e senza anestesia.

Questo raschiamento viene adoperato nei casi in cui gli altri provvedimenti non danno risultati, e viene anche ripetuto. Se dopo questo raschiamento i fenomeni morbosi non cessano, si riprende l'irrigazione continua e si fanno delle iniezioni ipodermiche di siero antistreptococcico.

Il raschiamento non viene mai praticato prima che siano passati tre giorni di puerperio, e ciò perchè in un caso in cui l'A. contravvenne a questa regola avvenne la morte per introduzione di aria nelle vene.

Cioia.

WALTHER-SCHILD. — **Das Auftreten von Bakterien im Darminhalte Neugeborener vor der ersten Nahrungsaufnahme** *(Sulla presenza dei bacteri nel contenuto intestinale dei neonati prima della prima alimentazione). — Zeitsch. f. Hygiene und Infectionskr.,* XIX Bd., 1 H.

Ecco le conclusioni cui venne l'A.:

1.° Nei neonati, immediatamente dopo il parto, il contenuto rettale è sterile.

2.° Esso viene in seguito infettato, astrazion fatta dalla nutrizione, da differenti specie di bacteri, fra cui anche da bacteri peptonizzanti.

3.° Il periodo dopo il quale si inizia tale infezione varia a seconda della stagione: nei mesi estivi esso ha un minimo di 4 ore e un massimo di 20, oscillando però il più spesso dalle 10 alle 17.

4.° Le porte d'ingresso dei bacteri sono rappresentate dalla bocca e dall'ano: più specialmente la via anale è seguita dai germi che si insinuano pei primi: entrambe le vie sono seguite da quelli che intervengono poi.

5.° L'origine dei bacteri è da ricercare in parte nell'aria, in parte nell'acqua usata pei bagni; invece, solo eccezionalmente essi provengono dalla biancheria o dalla vagina della madre.

6.° La sterilizzazione dei liquidi nutritivi che si danno al bambino ha valore assoluto soltanto in quanto uccide i bacteri patogeni.

7.° Come negli adulti, così nei bambini può aversi un' infezione di germi patogeni per la via anale.

Dott. L. Villa.

Doct. M. GRAEFE, in Halle a. S. — **Vaginale Totalexstirpation wegen irreponiblen totalen Prolapses** *(Esportazione totale vaginale dell' utero per prolasso totale irriducibile). — Münch. medic. Wochensch.,* 1895, N. 11, pag. 239.

L' estirpazione totale dell' utero per la via vaginale era limitata dapprincipio quasi esclusivamente ai casi di alterazioni maligne dell'organo: in seguito, invece, tale intervento operatorio ebbe applicazioni forse eccessive. Così molti autori eseguiscono l'estirpazione totale contro il prolasso di grado avanzato dell' utero; ma, anche sorpassando sul fatto che per averne esiti soddisfacenti si deve ancora far seguire un'estesa colporafia e che malgrado ciò non sempre si evitano le recidive, è certo un partito che si prende a malincuore quello di mutilare siffattamente una

donna in pieno periodo di attività sessuale: in tal caso è miglior consiglio pel ginecologo quello di associare la colporafia anteriore e posteriore colla fissazione dell'utero, sia alla vagina, sia alle pareti addominali. Giunta l'età critica, tale ripugnanza non ha ragione di essere; però, per effetto specialmente dell'avanzata atrofia uterina, può aversi ancora la recidiva del prolasso delle pareti vaginali — *una indicazione assoluta per l'estirpazione totale dell'utero dalla vagina si ha nei casi di prolasso completo, irriducibile.*

L'A. fa appunto la storia di uno di questi casi; il prolasso, esistente da molti anni, ma in condizioni di poter essere spontaneamente ridotto dalla donna (XIpara di 50 anni) si accrebbe acutamente fino a diventare irriducibile: trattavasi di utero miomatoso, degenerato cisticamente, come risultò poi dall'esame anatomico: l'improvvisa tumefazione della cisti fu probabilmente la causa immediata degli ultimi fenomeni acuti. L'A. descrive l'atto operativo, durante il quale ferì la vescica, senza però averne spiacevoli complicazioni: all'isterectomia associò la colporafia anteriore e posteriore; ciò malgrado, quattro settimane dopo si riprodusse il prolasso delle pareti vaginali, obbligando l'A. a ripetere queste due ultime operazioni.

Dott. L. Villa.

RETTIFICHE

Egregio Signor Direttore,

Una breve rettifica riguardo ad un lavoro pubblicato nel numero d'Ottobre degli *Annali* dal Prof. Bossi, lavoro che tratta *Ancora della dilatazione del collo dell'utero in ostetricia.*

In esso a pagina 672 è detto: « *Una donna rachitica, pluripara, che ebbe 5 gravidanze a termine con parto spontaneo, entra nella Clinica di Firenze ai primi di Novembre 1894, ed il Prof. Pestalozza decide di provocare il parto prematuro.* »

Siccome il lettore curioso potrebbe giustamente domandarsi perchè il Prof. Pestalozza credesse opportuno di provocare il parto prematuro in una donna che non ebbe altro antecedente ostetrico all'infuori di cinque parti spontanei a termine, mi trovo nella necessità di supplire alle omissioni, involontarie non ne dubito, incorse dal Prof. Bossi nel riportare i cenni anamnestici surriferiti dal lavoro del dott. Ferrari « Sull'uso della glicerina allo scopo di provocare il parto » (*Lo Sperimentale,* 1894, fasc. 36).

Ivi è detto: « La donna B. M. entra nella Clinica ostetrica di Genova » (non di Firenze) « ai primi di Novembre del 1893 » (e non del 1894). « Ebbe *10 gravidanze* il cui esito fu: *tre volte* in aborto; *cinque volte* in parto, al dire della

donna, a termine; però tutti i bambini non sopravissero che di qualche giorno; *due volte* e precisamente il 5.° ed il 10.°, in *parto strumentale* con feto morto. L'esame ostetrico rivela: collo dell'utero rigido per cicatrici che si trovano su di esso specialmente ai lati, cicatrici fibrose che invadono i fornici; l'orificio esterno è stenotico, duro, cicatriziale, permette a stento il passaggio ad una comune sonda uterina. La C. V. risulta di 7 cent. »

Dal semplice raffronto dell'originale col breve sunto che da esso trasse il Prof. Bossi, ognuno mi concederà che le circostanze di tempo, di luogo, di fatto, di indicazione non potevano risultarvi più stranamente alterate. Il che poco importerebbe al lettore, se da confronti stabiliti su simili basi non si volessero trarre conclusioni e moniti.

I confronti sono sempre odiosi, afferma più oltre il Bossi, con benigna e delicata allusione ai casi non suoi. Io non lo penso: in scienza i confronti sono sempre istruttivi ed utili; allora solo arrischiano di diventare odiosi, quando svisati o malsicuri ne siano i termini.

Ringraziandola della ospitalità accordata a questa rettifica, mi dico

Firenze, 5 Novembre 1895. dev.mo

E. Pestalozza.

Chiar.mo Prof. Luigi Mangiagalli,

Nel N. 10, Ottobre 1895, degli *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* in una pubblicazione del Prof. L. M. Bossi, intitolata *Ancora sulla dilatazione meccanica del collo dell' utero in ostetricia,* è riportato in modo non conforme al vero un fatto clinico a me occorso nella Clinica di Genova e riferito nel Rendiconto clinico del 1894 e non del 1895 come erroneamente fu scritto nella pubblicazione suddetta.

Senza volere entrare nel merito della questione, cioè sui vantaggi della dilatazione forzata in confronto della isterostomatotomia, credo tuttavia conveniente che i lettori degli *Annali* conoscano nella *sua verità* il fatto clinico che mi riguarda.

Si è perciò, Chiar.mo Professore, che mi appello alla Sua cortesia perchè si compiaccia di pubblicare la presente nel prossimo numero del giornale da Lei tanto degnamente diretto.

Il Prof. L. M. Bossi a pag. 680 del precitato lavoro, passando in esame le obbiezioni che furono mosse al dilatatore uterino, nel discutere la 3.a obbiezione, quella cioè che addebita a questo istromento le lacerazioni del collo, scrive quanto appresso: « ...! Ed a tali tre casi potrei far seguire altro fatto clinico occorso « nella Clinica di Genova e descritto nella lezione di chiusura del 1895, fatto cli- « nico in cui, dovendo provvedere alla provocazione del parto ed alla dilatazione « del collo, il Prof. Acconci praticò le incisioni così dette alla Dührssen, e nel- « l'estrazione poi del feto *una delle incisioni si prolungò di tanto in alto* che per « poco non perdè la paziente. »

Nel Rendiconto clinico dell' Istituto ostetrico-ginecologico della R. Università di Genova (edito dalla tipogr. del R. Istituto sordo-muti, Genova, 1894), a pag. 12 la storia clinica cui allude il Prof. L. M. Bossi è invece riferita nei termini se-

guenti: « Cardiopatia organica. Introduzione di una sonda nell'utero, indi di un « sacchetto del Barnes, irrigazioni vaginali calde, rottura artificiale delle mem- « brane. Siccome le condizioni generali della partoriente vanno sempre più aggra- « vandosi a causa dei fenomeni di scompenso che si accentuano per il travaglio « del parto, si decide la liberazione artificiale; perciò si pratica la isterostomato- « tomia, quindi il rivolgimento alla Braxton-Hichs, seguito dalla estrazione manuale « del feto. Nel mentre l'operatore procede al disimpegno del braccio posteriore, la « donna d'un tratto spinge potentemente; in quel mentre *il gomito anteriore si « incappuccia nel labbro anteriore dell'utero e produce una lacerazione, che dalla « cervice si dirige in alto sulla linea mediana per tutta l'estensione del segmento « inferiore.* L'emorragia che ne consegue è imponente, non tanto per causa della « estesa lacerazione, quanto per la inerzia in cui è caduto l'utero dopo il seconda- « mento. Tamponamento alla Dürhssen e sutura cervico-uterina. Puerperio normale. »

Ringraziandola della ospitalità che sono certo vorrà accordare a questa mia rettifica, Le esprimo, Chiar.mo Professore, i sensi della massima stima.

Genova, 25 Novembre 1895. Prof. L. Acconci.

NOTIZIE

Con decreto ministeriale 14 Novembre 1895 venne riaperta la Scuola Ostetrica di Vercelli, e su proposta dell'Amministrazione dell'Ospedale, approvata dalla Facoltà di Torino, venne nominato Professore incaricato il dott. Giuseppe Raineri, libero docente alla R. Università di Torino e Direttore della locale Maternità.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Comparto dei bambini (Brefotrofio Provinciale).

Il movimento di questo Comparto nel biennio 1892-94 è indicato dalle tavole N. X e XI che seguono.

TAVOLA X. — **Comparto dei bambini** (Brefotrofio Provinciale).

Anno	Bambini neonati accolti	Esposti restituiti	Totale entrati (3)	Morti			Mortalità
				Neonati	Restituiti	Totale	
1892-93	434 (1)	56	490	43	19	62	12. 65 °/°
1893-94	485 (2)	59	544	44	11	55	10. 11 »
Totale . .	919	115	1034	87	30	117	11. 31 %

TAVOLA XI. — **Principali cause di morte dei bambini.**

Nome delle malattie	1892-93			1893-94		
	Neonati	Esposti restituiti	Totale	Neonati	Esposti restituiti	Totale
Bronco-polmonite	13	7	20	12	6	18
Atelettasia polmonare	8	—	8	5	—	5
Asfissia	—	—	—	1	—	1
Riportasi . .	21	7	28	18	6	24

(1) 384 Esposti — 50 legittimi (provenienti dalla Clinica annessa alla Maternità).

(2) 420 Esposti — 65 legittimi (provenienti dalla Clinica annessa alla Maternità).

(3) Non sono computati i feti nati morti e gli abortivi.

Nome delle malattie	1892-93			1893-94		
	Neonati	Esposti restituiti	Totale	Neonati	Esposti restituiti	Totale
Riporto . .	21	7	28	18	6	24
Immaturità e marasmo	6	6	12	14	—	14
Ittero grave	1	—	1	—	—	—
Gastro-enterite	7	3	10	6	3	9
Sifilide	—	3	3	4	2	6
Risipola serpiginosa	—	—	—	1	—	1
Emofillia, anemia	1	—	1	—	—	—
Convulsioni epilettiformi	3	—	3	—	—	—
Vizii congeniti di sviluppo incompatibili colla vita	4	—	4	1	—	1
Totale . .	43	19	62	44	11	55

Anno XVII. Dicembre 1895. Num. 12.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Quattro operazioni complementari di taglio cesareo
CON ESITO DI GUARIGIONE

PEL
Dott. LUIGI RIEPPI
Chirurgo ostetrico dell' Ospizio Provinciale degli esposti e partorienti di Udine.

I Caso. — *Pontarini Benvenuta, di anni 27, di Prestento, Provincia di Udine. Taglio cesareo per stenosi pelvica da bacino rachitico. Isterorrafia. Castrazione. Feto vivo. Guarigione.*

Il giorno 19 Dicembre vengo chiamato d' urgenza nel riparto ostetrico per la sopranominata in sopraparto da due giorni. È primipara. Da 36 ore perde le acque. È una donna alta metri 1,54; di costituzione scheletrica visibilmente irregolare, con spiccata lordosi lombare e arcuatura dei femori. L'esame dei polmoni e cuore risulta negativo. L'utero quasi vuoto d'acque, molto contratto e portato in alto. Sensibile e valido il battito cardiaco fetale.

Fatta l'esplorazione vaginale si arriva facilmente a toccare l'angolo sacro vertebrale.

Distanza fra le creste iliache	ctm.	26
» » spine I. A. S.	»	24
Coniugata esterna	»	16
Coniugata vera	»	6 1[2

La temperatura 37.°

Per tali condizioni decisi senz' altro di ricorrere al taglio cesareo, come quello che potesse essere meno pericoloso alla paziente. Perciò disposto per l' atto operativo, sterilizzati gli strumenti con bollitura in soluzione di carbonato di soda, fatta una accurata disinfezione prima della vagina e poi delle pareti addominali, vuotata la vescica, fatta una iniezione ipodermica di un centigr. di morfina, cloroformizzata l'ammalata, mi accingo all'operazione.

Con una lunga incisione sulla linea mediana incominciando dalla

sinfisi del pube e arrivando in alto al disopra dell' ombellico, apro il cavo addominale per quel tanto che mi riesca possibile l'estrazione della massa uterina. Estrattala, pongo al disotto di essa due tovaglie sterilizzate allo scopo di proteggere le anse intestinali e di impedire possibilmente al liquido uterino di colare nell' addome. Passo poi al disotto dell' utero un robusto laccio di gomma ben disinfettato, che lascio libero per serrarlo solo dopo estratto il feto e al presentarsi di grave emorragia. Incido quindi la parete uterina sulla linea mediana. L' incisione mi cade sulla placenta inserita anteriormente, che lacero prestamente e entrato nel cavo uterino, presentatisi i piedi, tirai su essi estraendo il bambino quanto più presto possibile. Questo si presenta asfittico, ma con pronte cure rinviene poco tempo dopo. Avviene una emorragia notevole e perciò stretto il laccio la freno e poi passo all' esportazione della placenta. Pulito il cavo uterino, rallento il laccio e l' utero si contrae tosto per bene. Prendo con pinze pochi vasi sanguinanti della ferita. Essendo l' utero così contratto penso alla sua conservazione. Prima di passare però alla sutura, ricaccio una discreta quantità di garza sterilizzata dalla cavità uterina fin in vagina adoperando un mordente all' uopo. Fatta l'emostasia, passo alla sutura. Questa vien fatta con seta robusta e sterilizzata, con due piani muscolari, uno profondo non comprendente la mucosa e uno più superficiale senza interessare il peritoneo di rivestimento. Poi un ultimo piano muscolo peritoneale adoperando per questa sutura del catgut N. 1. Non ebbi bisogno di esportare parte di muscolo per l'avvicinamento della sierosa che avvenne bene. Siccome l' operata aveva espresso il desiderio di metterla in condizioni di non esporla a nuove operazioni, pensai di rimediare ricorrendo alla castrazione, cosa che feci in breve tempo esportando gli ovari, previa ligatura fra due lacci, e poi ligatura isolata dei vasi. Ciò fatto, pulito il cavo addominale di poco sangue, passai alla sutura addominale a strati, il peritoneale con catgut e gli altri due con seta. Quindi medicazione con garza sterilizzata, e poi una irrigazione endouterina con acqua bollita adoperando la siringa Doléris.

La operata venne portata in letto ben riscaldato, e messa a testa bassa perchè molto pallida, benchè il polso non fosse tanto piccolo nè vuoto. Il bambino ben conformato che continuò poi a vivere pesava grammi *3600*.

Decorso post operatorio. — I giorno. Non ebbe vomito. Orine in discreta quantità. Dolori addominali continui. Ventre dolente alla pressione. Scarse perdite vaginali sanguigne. Polso 94. Temp. $\frac{\text{m. } 37^{\circ}3}{\text{s. } 38^{\circ}8}$.

II giorno. Durante la notte dolori addominali fortissimi, che diminuirono dopo una iniezione di morfina. Ventre espanso. Una volta vomito. Non emise gas dall'ano. Perdite vaginali normali. Polso buono. Temp. $\frac{\text{m. } 37^{\circ}5}{\text{s. } 38^{\circ}3}$.

III giorno. Continuano i dolori addominali. Ventre sempre meteoristico. Conati di vomito frequenti. Nessuna scarica nè emissione di gas. Per l'intolleranza dello stomaco viene prescritto un clistere purgativo. Polso 85. Temp. $\frac{\text{m. } 37^{\circ}4}{\text{s. } 38^{\circ}-}$.

IV giorno. Sempre dolori addominali. Eruttazioni frequenti; dispnea. Ventre molto teso. Nessuna scarica. Verso sera, non avendo avuto nè scariche nè vomito dal mattino, le viene prescritto un purgativo e un enteroclisma di un litro e mezzo di olio, presentando più fatti di occlusione che di peritonite, sia per il polso che per la temperatura. Temp. $\frac{\text{m. } 37^{\circ}-}{\text{s. } 37^{\circ}2}$.

V giorno. Poche ore dopo l'enteroclisma l'ammalata ebbe diverse scariche che la sollevarono tosto dai dolori e dalla dispnea. Il ventre meno teso e più trattabile. Dalla vagina scarso scolo sanguinolente, non odoroso. Temp. $\frac{\text{m. } 37^{\circ}-}{\text{s. } 36^{\circ}8}$.

VI giorno. Al mattino le ritornano dolori addominali. L'addome non si presenta espanso. Nel pomeriggio parecchie scariche liquide. Temp. $\frac{\text{m. } 36^{\circ}7}{\text{s. } 37^{\circ}-}$.

VII giorno. Meno dolori. Continua la diarrea. Apiretica.

In seguito per altri tre giorni ebbe a continuare la diarrea, che venne curata con oppiacei e astringenti intestinali. Poi ebbe a star bene; in decima giornata venne fatta la prima medicazione, e si trovò una cicatrice ben conformata, meno inferiormente dove c'era un piccolo distacco per circa un centimetro e mezzo. Vennero levati tutti i punti di sutura, e medicata la piccola piaga con garza all'iodoformio. La massa uterina del volume di un grosso pugno era fissa nel quadrante inferiore di sinistra, ed era dolente alla pressione. Le perdite vaginali erano muco purulente, ma non odorose. Vennero prescritti lavacri vaginali con soluzione borica calda. Le perdite vaginali cessarono dopo una quindicina di giorni. In ventesima giornata guarito il breve distacco alla parte inferiore dell'addome, la operata viene fatta alzare. Accusava sempre un piccolo dolore all'utero, che ancora si manteneva molto grosso e immobile; dolore che scomparì solo dopo un mese con cura di irrigazioni saline calde e tamponi di ictiolo alla glicerina. Con tale trattamento diminuì di volume anche l'utero. La operata venne dimessa dal riparto molto più nutrita ed in forze di quello che fosse alla sua entrata, e senza alcuna sofferenza.

II Caso. — *Tomasella Giuseppina, di anni 30, di Sarone, Prov. di Udine. Taglio cesareo per stenosi pelvica da bacino rachitico. Feto vivo. Isterectomia totale. Guarigione.*

Entra in riparto ostetrico il 9 Aprile 1894. È primipara. Gestante nel 9.° mese. È alta metri 1,54. Esame viscerale negativo. Lo scheletro

è irregolare per una accentuata insellatura al sacro. Leggera arcuatura esterna del femore sinistro. Da tale aspetto sospettai una stenosi pelvica e passai perciò alla misurazione del bacino che mi diede questi risultati:

Distanza fra le creste iliache		ctm.	28
»	» » spine I. A. S.	»	27
»	coniugata esterna	»	16 1[2
»	» vera	»	6 1[2

Da tale esame si potè stabilire di dover ricorrere al taglio cesareo, da farsi al momento delle prime doglie. Queste le sopravvengono il 29 dello stesso mese e allora si purga la paziente e si procede ad una accurata disinfezione della vagina e poi si dispone per l'atto operativo. Preparati gli strumenti come di metodo, cioè colla sterilizzazione, nonchè le tovaglie e la garza, disinfettato, come ben s'intende, il campo operatorio, cloroformizzata l'ammalata, incomincio l'atto operativo. Con una lunga incisione, come nel caso precedente, apro il cavo addominale. Estratto l'utero, avvicino le pareti addominali superiormente con punti di sutura in massa per contenere le anse intestinali che tentano di fuoruscire, e protetta la ferita con tovaglie sterilizzate, passato al di sotto il laccio provvisorio, incido l'utero sulla parte mediana, e cado sulla placenta che tosto sbriglio e prestamente estraggo il bambino per i piedi che fortunatamente si presentarono per i primi alla mano. Il bambino vivo non presentasi asfittico. Stretto il laccio per l'emorragia che incomincia a farsi abbondante esporto la placenta. L'utero mi rimane floscio anche dopo tentativi di massaggio e di rallentamento del laccio, con emorragia notevole in questi brevi intervalli. Perciò pensai tosto ad esportarlo e di procedere all'isterectomia totale col metodo che usa il prof. Novaro di Bologna nella cura dei fibromiomi, cui io ebbi più volte l'occasione di vedere ad operare ed una volta di assisterlo direttamente.

Incominciai, cioè, prima colla legatura delle arterie e vene spermatiche da un lato e dall'altro al di sopra degli ovari e del padiglione delle trombe fra due lacci e recisioni nel mezzo. Poi recisione fra due lacci dei ligamenti larghi. Quindi preparazione delle arterie e vene uterine a due centimetri dal collo, preparazione che mi riuscì facile per il valido impulso delle arterie e facile perciò a differenziarle dagli ureteri ad esse molto vicini. Loro legatura. Levato il laccio e spinta dalla apertura uterina molta garza sterilizzata in vagina, per detergere il cavo e lo sfondo vaginale, distaccata la vescica anteriormente all'utero, con un dito nella sua cavità, mi riuscì poco faticosa l'incisione del fornice vaginale anteriore, incisione che feci con forbici; fissata la parete vaginale anteriore con robusta pinza, seguitai a recidere circolarmente molto rasente all'utero, prendendo con pinze i piccoli vasi sanguinanti. Legatili,

suturata la volta vaginale con catgut N. 1, suturai al di sopra le pagini peritoneali con catgut N. 0. Pulito il cavo addominale passai alla sutura a strati delle pareti addominali, mettendo inferiormente alla ferita uno stuello di garza fino a ridosso della sutura profonda, come salvaguardia di una possibile infezione. Medicata la ferita addominale con garza sterilizzata e asciutta, levai la garza dalla vagina e ne introdussi della nuova. La operata si svegliò appena terminato l'atto operativo, con polso discreto e respiro regolare. Il bambino vivo e che continuò a vivere pesava gr. 2850.

Decorso post-operatorio. — I giorno. Fino al mattino tranquilla. Non vomito. Orine estratte per siringazione in quantità discreta e non colorate. Ventre trattabile; polso sostenuto. Temp. $\frac{\text{m. } 37^{\circ}5}{\text{s. } 37^{\circ}3}$

II giorno. Riposò la notte. Al mattino dolori addominali diffusi. Tre volte vomito. Ventre un po' espanso. Polso 90. Temp. $\frac{\text{m. } 37^{\circ}2}{\text{s. } 37^{\circ}4}$

III giorno. Dalla sera non ha più vomito. Notte tranquilla. Emise molti gas dall'ano. Meno dolori e meno meteorismo. Temp. $\frac{\text{m. } 36^{\circ}8}{\text{s. } 37^{\circ}2}$

IV giorno. Viene levata la medicazione che si presenta asciutta. Si leva il drenaggio addominale e si chiude con un punto di sutura. Apiretica.

V giorno. Nessuna scarica dall'atto operativo. Viene prescritto un purgativo. Non sofferenze. Apiretica.

VI giorno. Diverse scariche. Apiretica.

Nei giorni susseguenti nulla di notevole. In 12.ª giornata vengono levati i punti di seta della ferita cutanea addominale, e levata anche la garza dalla vagina.

In 20.ª giornata fu presa da brivido prolungato con dolori al quadrante inferiore destro dell'addome. La febbre fu continua ed elevata per dieci giorni, mantenendosi l'addome appianato, ma dolente sempre al quadrante accennato ma per breve estensione. In decima giornata cessato il dolore cessò anche la febbre, e l'ammalata dopo pochi giorni si alzava, munita di ventriera. Fu tenuta poi in riparto fino al 25 Agosto essendo molto denutrita e debole.

Venne dimessa in buonissime condizioni e senza sofferenze.

All'esame vaginale praticato pochi giorni prima dell'uscita, si riscontrò una volta molto alta e resistente.

Il bambino allevato al baliatico continuò a crescere normalmente ed è tuttora vivo e ben nutrito.

III Caso. — *Mansutti Adele, di anni 22, di Tricesimo, Prov. di Udine. Taglio cesareo per stenosi pelvica di alto grado da bacino rachitico. Feto vivo. Isterectomia totale. Guarigione.*

Entra in riparto ostetrico il 19 Luglio 1894. Dal giorno precedente è in sopraparto. La rottura delle acque avvenne al mattino verso le tre.

Fu chiamato il medico locale ad esaminarla, e questi constatando una stenosi pelvica notevole, e quindi non possibile il parto naturale, consigliò la gestante a portarsi tosto a questo ospizio. È primipara. Ha una nutrizione generale buona. Il torace è stretto, con marcati cenni di pregresso rachitismo. Scoliosi lombare. L'esame viscerale è negativo. All'esame vaginale notasi che le tuberosità dell'ischio sono molto avvicinate. Il feto è vivo. Altezza metri 1,47.

Distanza fra le spine I. A. S.		ctm.	25
»	» » creste id.	»	26
»	coniugata esterna	»	15 1[2
»	» vera	»	5 1[2

La temperatura segnava 36° 8.

Da questo esame non poteva decidere che per il taglio cesareo, e perciò persuasi la paziente ad assoggettarsi. Ottenutone l'assenso, mi preparai per l'atto operativo. E alle ore 6 pom. disposto tutto l'occorrente incominciai l'operazione. Anche in questo caso l'incisione dell'utero mi cadde sulla placenta, con tutto ciò riuscii lo stesso ad estrarre il feto vivo e non asfittico. L'utero rimastomi floscio e sanguinante mi decise per la isterectomia totale, eseguendo la medesima tecnica del caso precedente. Siccome poi erano stati fatti ripetuti esami vaginali sia all'esterno che all'interno dai diversi colleghi, posi anche in questo caso il drenaggio addominale all'estremo inferiore della ferita e medicai poi come di metodo con garza sterilizzata.

L'ammalata venne portata in letto in discrete condizioni. Il feto vivo e che continuò poi a vivere pesava poco dopo la sua nascita gr. 3600.

Decorso post-operatorio. — La notte passò tranquilla. Al mattino accusa debolezza generale. Ha tosse e stenta ad espettorare. Le vengono prescritti degli eccitanti. Il polso è buono, sostenuto. Orine in discreta quantità non colorate. Ventre leggermente meteoristico. Temp. $\frac{\text{m. } 37°}{\text{s. } 37°}$.

II giorno. Notte inquieta per dolori addominali. Continua la tosse con scarso escreato catarrale. Molto debole. Viene cambiata la garza a ridosso del drenaggio addominale, perchè umida. L'ammalata si sentì un po' meglio dopo levata la fasciatura essendo questa piuttosto stretta. Il ventre è teso e dolente. Respirazione frequente. Temp. $\frac{\text{m. } 38° 6}{\text{s. } 38° 6}$

III giorno. Notte tranquilla. Ebbe una volta vomito. Respiro più tranquillo. Meno dolori e meno tosse. Temp. $\frac{\text{m. } 37° 4}{\text{s. } 38° 2}$

IV giorno. Dolori miti. Una scarica alvina. Ventre non teso. Tosse cessata. Orinazione abbondante. Temp. $\frac{\text{m. } 37° 2}{\text{s. } 37° 4}$

V giorno. Notte buona. Si cambia la medicazione. Si leva la fognatura addominale e non esce liquido di sorta. Si chiude l'apertura con due punti di sutura. Temp. $\frac{\text{m. } 37° 2}{\text{s. } 37° -}$

In seguito fu sempre apiretica. I punti di sutura cutanea furono levati in decima giornata, presentandosi la ferita ben riunita. In ventesima giornata viene fatta alzare e in sessantesima dimessa col bambino.

Volli esaminare anche in questo caso la volta vaginale che si presentava alta e robusta.

IV Caso. — *Di Giorgio Paolina, di anni 34, di Bagnara Arsa, Provincia di Udine. Taglio cesareo per stenosi pelvica di altissimo grado da rachitismo. Feto vivo. Isterectomia totale. Guarigione.*

Entra in riparto ostetrico il 15 Giugno 1895 alle ore 12, mandata dal medico locale, che esaminata in sopraparto, riscontrò tosto una strettezza pelvica di 3.° grado. Durante il viaggio le si ruppe il sacco delle acque. Alta metri 1,41. Ha una nutrizione scarsa. Mucose molto pallide. Esame viscerale negativo. Deformità delle clavicole e dello sterno. Lordosi lombare.

Distanza fra le spine iliache A. S.	ctm.	26
» » » creste I. A. S.	»	27
» coniugata esterna	»	15
» » vera	»	4 1/2

Primipara. Il feto vivo. Apiretica. Decisi quindi per il taglio cesareo, che eseguii come negli altri casi precedenti. L'incisione uterina avvenne anche questa volta sulla placenta. Estrassi il bambino asfittico profondamente, che si riebbe però dopo qualche tempo e continuò a vivere. L'utero rimasto floscio e con emorragia, mi decise per la ligatura dei vasi grossi dell'utero e poi alla isterectomia totale. Avendo poi osservato i casi precedenti a nessuna reazione con processo suppurativo del ventre, chiusi completamente la ferita addominale senza alcun drenaggio. Il bambino pesava gr. 3000.

Il decorso post-operatorio fu eccellente. Non ebbe mai vomito. La temperatura ai primi tre giorni non superò mai i 38°, e poi fu sempre della media di 37°.

I disturbi furono di un po' di meteorismo al secondo giorno, e dolori addominali per breve tempo. In decima giornata levai i punti di sutura cutanea, essendosi la ferita ben riunita e non presentando alcuna reazione. Levai pure i tamponi vaginali di garza che erano appena umidi, non colorati nè odorosi. Dopo qualche giorno fu fatta alzare l'ammalata, ma essendo molto debole si dovette tenerla in riparto fino a tanto che si rimettesse in forze.

Venne licenziata dall'istituto il 18 Agosto 1895 in buone condizioni assieme al suo bambino.

***

Dai casi suesposti mi pare di poter venire alle seguenti conclusioni:

Data una buona antisepsi dell'operanda e asepsi del materiale operatorio, si può sempre sperare la guarigione del taglio cesareo sia col metodo conservatore o demolitore.

Essere da preferire, avendo sufficiente materiale asettico di sutura e di medicazione, l'isterectomia totale alla conservazione del peduncolo, come operazione più sicura e più completa. Decisa l'operazione della isterectomia esser meglio fare l'incisione dell'utero fuori del cavo addominale, potendo così proteggere meglio il cavo ed esser più pronti all'emostasia provvisoria col laccio al presentarsi di emorragia che in una donna anemica potrebbe riuscire anche fatale.

Dover prima di levare il laccio ligare isolatamente le arterie utero-ovariche e uterine nonchè le relative vene.

Avanti di incidere i fornici vaginali detergere, per quanto è possibile, la porzione inferiore del cavo uterino con abbondante garza sterilizzata che viene spinta giù in vagina dall'incisione uterina per mezzo di una sonda e non colle dita.

Adoperare possibilmente seta sterilizzata sia per l'utero quanto per le pareti addominali come più sicura e più resistente del catgut, che potrebbe rilasciarsi specie nelle pareti addominali qualora si tendessero troppo per la sopravvenienza del meteorismo; e, volendo, adoperare il catgut per le sierose e per la ligatura dei vasi. (Io sterilizzo da per me la seta con bollitura in glicerina comune per 3 o 4 minuti, come si usa alla clinica di Padova).

Non essendo la paziente febbricitante, abolire anche il drenaggio addominale.

Concludo col dichiarare che non intendo di aver trovato un nuovo metodo, ma solo di aver fatta una applicazione, e che, benchè i casi trattati per isterectomia totale non siano che tre, pure li credo sufficienti a dimostrare che fra i diversi metodi di trattamento complementare di taglio cesareo si possa considerare anche l'isterectomia totale.

Udine, 20 Ottobre 1895.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
10 JAN 1930

Caso notevole di parto e secondamento eutocico

in una ammalata affetta da considerevole allungamento ipertrofico del collo dell'utero

PROLASSO UTERINO DI TERZO GRADO

Colpocele anteriore e posteriore

CISTOCELE E LACERAZIONE INCOMPLETA DEL PERINEO

PEL

Prof. CELESTINO M. DE ARGENTA (1)

Direttore di una Clinica Ginecologica
Membro della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia
della Società Ginecol. Spagnuola — del Collegio dei Medici di Madrid
Vice Presidente del Collegio dei Medici di Salamanca.

Marcellina Sanchez Garcia, di anni 30, maritata a Leonardo Delgado (di Santiago della Puebla) contadina, residente a Salamanca, IIIpara.

I. Anamnesi.

L'inferma riferisce che nella sua prima infanzia soffrì di molte malattie di cui non ricorda il nome. Essa sa precisare solo che, sia per effetto di tali malattie, sia per esser nata a sette mesi, era ritenuta per rachitica, ed in prova di ciò riferisce che non potè camminare che all'età di quattro anni, però stentatamente e coll'aiuto di qualche altra persona, e per brevi intervalli di tempo, e ciò fino al sesto anno di vita. Dopo continuò a camminare da sola, ma la statura del suo corpo fu sempre bassa ed ora misura metri 1, 43.

Un po' più tardi soffrì di febbri palustri per un mese. A dodici anni fu affetta da dispepsia flatulenta con crisi algiche gastriche che non fu quasi mai curata, e durante la quale notò che il periodo mestruale aveva una benefica influenza sia sui disturbi nervosi, come sui disturbi digestivi.

Mestruò a 13 anni e la mestruazione fu regolare per quantità e durata solamente per un anno (dal tredicesimo al quattordicesimo).

Dal quattordicesimo anno in avanti la vita sessuale di questa inferma diventò patologica: nè la quantità di sangue perduto durante la mestruazione, nè la durata della mestruazione, nè il periodo intermestruale furono tipici. Il periodo intermestruale una volta era di 21 giorni,

---

(1) Traduzione del dott. A. Cioia.

un'altra di 15, un'altra di 10; certe volte l'emorragia durava 6 giorni, altre volte 7 e altre volte 8 giorni, e, in ragione della durata e della quantità dell'emorragia, l'ammalata andava facendosi sempre più anemica. Si può dire quindi che da quando incominciò la vita sessuale di questa donna la mestruazione prese il tipo metrorragico.

Nel periodo intermestruale la donna aveva dolori lancinanti vivi alle regioni epigastrica e mesogastrica con irradiazioni all'ipocondrio sinistro.

Essa prese marito a 23 anni e fu subito gravida. I fenomeni gravidici furono subito avvertiti e specialmente un violentissimo vomito, che aumentava di intensità giornalmente fino a diventare incoercibile, fino a dare molte volte delle vere gastrorragie. Il vomito si ripetè tante volte che, al terzo mese, dopo un accesso, abortì, espellendo l'embrione insieme agli annessi. L'espulsione dell'uovo fu seguita da una grande emorragia che cessò spontaneamente dopo 15 giorni.

Dopo aver abortito si fermò a letto solo cinque giorni. Quindici giorni dopo l'aborto comparve la mestruazione che continuò nella solita maniera fino al secondo concepimento, quantunque il medico del suo paese le avesse dato parecchie cose per regolarizzarla.

La seconda gravidanza ebbe principio al mese di Ottobre 1889, essendo passato tra l'aborto e la seconda gravidanza un periodo di tempo di due anni e cinque mesi, durante il quale si accrebbero i disturbi mestruali.

Gravida per la seconda volta, nell'Ottobre 1889 ricomparve il vomito che andò aumentando mano mano che si inoltrava la gravidanza, dando luogo in pari tempo, come la prima volta, ad intense gastrorragie.

In causa delle intense contrazioni del diaframma e delle pareti addominali dovute agli sforzi del vomito, a due mesi di gestazione incominciò a notare che tra le grandi labbra compariva una tumescenza rotondeggiante del volume di un piccolo uovo di gallina, che andava a poco a poco facendosi più in fuori, fino a raggiungere pel suo volume quello di un pugno sporgendo dalla vulva per quattro o sei dita trasverse.

Ad otto mesi, la tumescenza che prima fuoriusciva dalla vulva, andò ritirandosi in modo, che alla fine dell'ottavo mese essa non sporgeva più dalla vulva.

Il medico del suo paese non le prescrisse nulla pel vomito nè intervenne ostetricamente per farlo cessare.

Il parto fu assistito da una vecchia comare praticona senza diploma. Il parto andò avanti regolarmente in tutti i suoi periodi; la presentazione era di vertice, ma non fu possibile conoscere la posizione. Durante il secondamento la comare fece delle trazioni sul funicolo, e dopo il secondamento ebbe luogo una metrorragia di discreta intensità.

Dopo quattro giorni di puerperio fisiologico, la donna si alzò da letto e attese ai suoi lavori abituali.

Dopo otto giorni di puerperio, senza che la donna avesse fatto sforzo alcuno, incominciò a sentire tra le grandi labbra una tumescenza rotondeggiante, come aveva già notato nella gravidanza. Questa tumescenza andò aumentando di volume fino a raggiungere il volume di un pugno di adulto e a sporgere dalla vulva per 7 od 8 dita trasverse. Di pari passo andava rendendosi sempre più difficile l'orinazione e la defecazione.

Alla fine del primo mese dell'allattamento ebbe una metrorragia che durò otto giorni abbondante. Dopo di che, durante i diciassette mesi dell'allattamento non ebbe mai a veder ricomparire la mestruazione.

Insieme al prolasso la donna vide comparire una perdita di liquido rossiccio che andò poi aumentando di quantità e prendendo il colore e la consistenza del pus.

Aumentando il prolasso essa consultò parecchi medici dei paesi vicini, che le consigliarono l'uso di bagni e pillole di cui ignorava la composizione. Da questa cura non ebbe vantaggio alcuno.

Finito l'allattamento ricomparvero le mestruazioni irregolari ed abbondanti, cioè con intervalli di 10 o 15 o 20 giorni e della durata di 6 ad 8 giorni.

Ricomparsi i mestrui notò l'aumento della perdita ora siero-mucosa, ora siero-sanguigna e poi purulenta. Incominciò allora un senso doloroso di stiramento ai lombi, alla regione ipogastrica e alle fosse iliache, sensazione che andò facendosi sempre più penosa e le rendeva penoso il camminare.

La mizione e la defecazione si fecero sempre più difficili, di modo che la donna doveva far sforzi per svuotare la vescica e non aveva evacuazioni alvine che ogni 4 o 5 giorni.

La coabitazione andò facendosi sempre più difficile e dolorosa finchè dovettesi procedere al taxis del viscere fuoruscito per renderla possibile. Nessuna coabitazione dopo l'ultima gravidanza diede luogo a fecondazione.

Essendosi aggravati i sintomi dolorosi locali e generali, l'ammalata consultò un altro medico, il quale le consigliò di comperare un pessario di Gaillard-Thomas. Questo pessario applicato dal medico non poteva essere trattenuto in posto se non per qualche ora, dopo di che veniva dal peso dell'utero espulso a forza.

Visto che nemmeno con questo mezzo si poteva rimediare a tanto inconveniente, consultarono un nuovo medico, il quale consigliò alla donna di mettere un pessario di Gariel. Questo pessario pei primi giorni fu contenuto ed il prolasso non si riprodusse. Dopo 15 giorni però il prolasso si riprodusse tanto col pessario come senza, ed il pessario veniva dal peso dell'utero cacciato a forza dai genitali.

Aumentò non per tanto il prolasso coi relativi sintomi, finchè in Ottobre del 1893 decisero di venire a Salamanca a consultarmi.

II. Descrizione clinica ginecologica dei sintomi obbiettivi.

Questa ammalata porta sul registro della Clinica il numero 227. Si presentò per la prima volta il 5 Ottobre 1893 dandomi relazione di quanto fu già esposto nella anamnesi, nella quale sono enumerati i fenomeni subbiettivi di cui era affetta l'inferma. Passerò quindi ad esporre i sintomi obbiettivi rilevati dall'esame dell'inferma, allo scopo di stabilire una diagnosi esatta della malattia.

A. Ispezione.

Collocata l'ammalata in posizione dorso-sacrale e messi allo scoperto i genitali esterni, rilevai i seguenti reperti:

Si vede all'esterno un tumore di forma cilindro-conica colla base in alto e l'apice tronco in basso, di colorito bianco-rosso; la sua estremità inferiore è costituita dal collo uterino le cui labbra sono aumentate di volume e l'orificio esterno è molto dilatato; la mucosa del canale cervicale appare fortemente ipertrofica e ectropica di color rosso-vivo, bagnata da una secrezione muco-sanguigna abbondante.

Sull'inserzione della vagina al collo dell'utero e sulle pareti vaginali la mucosa è sprovvista di epitelio, e si vedono delle ulcerazioni ricoperte da un liquido siero-purulento; alcune di queste ulcerazioni hanno il fondo di color grigiastro, altre di color rosso scuro. Queste ulcerazioni sono molto estese; tra l'una e l'altra si vedono solo piccole isole di color bianco, rivestite di epitelio pavimentoso, con apparenza di cute piuttosto che di mucosa.

Quando si ridussero gli organi prolassati, potei osservare che la mucosa vaginale della parete posteriore si continuava insensibilmente colla cute; si vide che l'angolo inferiore o posteriore della vulva formato dalla riunione delle grandi labbra, arrivava quasi al margine dell'ano, essendo scomparsa la forchetta e la fossetta navicolare.

B. Isterometria e altre misure.

Con un nastro metrico convenientemente sterilizzato procedetti alla misura della tumescenza procidente. Dal margine di un labbro del collo uterino alla vulva misurava 7 centimetri, lo spessore del diametro del cono formato dalla tumescenza era di 6 cent., la circonferenza era di 25 centimetri.

Sterilizzato l'isterometro alla fiamma della lampada ad alcool e lavata in soluzione di lisolo al 2 per cento, calda a 45 gradi, si praticò

l'isterometria. L'isterometro penetrò facilmente per la lunghezza di 11 cent. dove incontrò una certa resistenza; allora comunicando all'isterometro un movimento di bascule attorno al perineo e dirigendo la concavità dell'istrumento in avanti, l'estremità dell'isterometro penetrò nella cavità uterina dando all'inferma un senso di dolore.

Ritirato l'isterometro si fa una una lieve emorragia uterina che cessò con un'irrigazione endouterina di acqua a 50 gradi; l'estremità dell'istrumento era sporca di sangue e detrito di mucosa uterina, detrito che venne esportato anche dalla lavatura endouterina.

C. Esplorazione vaginale e rettale.

Toccando la tumescenza formata dagli organi procidenti, si sentiva un cilindro duro e resistente, che incominciando all'estremo inferiore della tumescenza, procedeva in alto fino alla vulva e si continuava dentro alla filiera pelvica. Sulla parete anteriore della tumescenza si apprezzava una lieve mollezza dei tessuti e fluttuazione; se si comprimeva colle dita il punto fluttuante, la fluttuazione scompariva e usciva in pari tempo un po' di urina dal meato.

Col dito indice e medio della mano destra esplorai dal basso in alto per tutta la sua lunghezza la massa procidente e poi contornando sempre la parete vaginale da tutti i lati, si sentiva sempre la medesima sensazione di durezza e resistenza già menzionata; in rapporto al grande labbro sinistro il suo rivestimento interno formava colla mucosa vaginale una specie di canale; comprimendo con forza colle dita esploratrici questo punto, si produceva un movimento di ascensione della massa della tumescenza procidente.

Questo fatto si produceva uguale anche in rapporto al grande labbro destro, e facendo forza simultaneamente da ambo i lati, il tumore ascendeva nell'interno della filiera pelvica fino a collocarsi in cima della vulva scomparendo così alla vista la mucosa procidente.

Sotto un breve sforzo di defecazione, ordinato da me all'inferma, si riprodusse la procidenza del collo dell'utero e della vagina; deprimendo con due dita il fondo del sacco formato dalla mucosa vaginale all'angolo inferiore della vulva, la tumescenza si riduceva ugualmente.

Ridotta la tumescenza penetrai colle dita nella cavità vaginale e percepii la stessa sensazione come quando il tumore stava fuori della vulva.

Ordinato un nuovo sforzo all'inferma per passare all'esplorazione rettale, a tumescenza estroflessa, potei con questo mezzo controllare i dati riscontrati coll'esplorazione vaginale, cioè che il cilindro duro già sentito si continuava col corpo dell'utero; questo corpo si trovava un

po' più in basso del normale e vicino si sentivano un po' spostati in basso gli annessi uterini.

D. Esplorazione combinata.

Seguendo in questo esame i precetti di Schultze, e fatto il taxis della massa procidente, praticai la palpazione combinata addominale. Potei con questo mezzo controllare con certezza assoluta i reperti già trovati cogli esami precedenti, non solo, ma mi convinsi che non vi era lesione alcuna degli annessi (tuba e ovaie) eccetto quelle prodotte dalla dislocazione dei medesimi, nonchè dalla ipertrofia del collo, dalla isteroptosi e dal prolasso vaginale.

Praticai anche l'esplorazione rettale insieme col palpamento addominale, previa riproduzione del prolasso; mi accertai così chiaramente del grado di dislocamento del fondo uterino in basso, nonchè delle tube e delle ovaie, nonchè delle alterazioni di topografia dei legamenti uterini, che avevano seguito l'utero nella sua discesa.

Combinando l'isterometria col palpamento addominale mi potei accertare nuovamente del posto occupato dal fondo uterino, situato più in basso del sito normale.

E. Cateterismo vescicale.

Sterilizzato alla fiamma della lampada ad alcool un catetere vescicale femminile metallico, potei notare immediatamente che, nel meato urinario (coperto dal prepuzio del clitoride), si insinuò il becco della sonda seguendo una direzione affatto contraria alla normale; per penetrare nel serbatoio urinario si dovette imprimere alla sonda un movimento di bascule dal basso all'alto e da dentro in fuori.

Penetrata la sonda in vescica, l'urina uscì con debole getto, anche comprimendo colle dita la parete vaginale anteriore prolassata.

Sostenendo con una mano il padiglione della sonda e toccando coll'altra il becco della medesima, si vide che questa trovavasi precisamente nella cavità dove prima era stata notata la fluttuazione praticando l'esplorazione vaginale.

Il meato urinario era molto dilatato e colla mucosa uretrale prolassata rossa e tumefatta.

III. Diagnosi.

Di fronte ai fatti soggettivi ed obbiettivi riscontrati e raccolti nella anamnesi e nell'esame ginecologico formulai la seguente diagnosi:

Lacerazione incompleta perineale, colpocele completo, cistocele, pro-

lasso uterino di terzo grado, ipertrofia notevole del collo uterino nella sua porzione media e superiore (sopravaginale), ulcerazioni vaginali, endometrite emorragica.

Non volendo dare una eccessiva estensione a questo lavoro di clinica ginecologica, non farò l'analisi clinica minuta che condusse il mio ragionamento alla diagnosi suddetta fatta a priori, tralasciando di discutere le ragioni che per esclusione mi avrebbero condotto alla medesima diagnosi. Ciò sarebbe inoltre inutilissimo per un lavoro destinato a uomini di scienza, che conoscono a fondo la specialità osterico-ginecologica e sarebbe solo perdonabile invece per una lezione da farsi a studenti che attendessero al corso delle suddette specialità.

IV. Trattamento.

In causa delle circostanze speciali che caratterizzavano questo importantissimo caso clinico-ginecologico, dividerò questo capitolo in due parti:

a) Dichiarai all'ammalata e a suo marito che per ottenere una cura definitiva bisognava ricorrere ad un'operazione. Tra le operazioni possibili tipiche, io non intendevo fare la isterectomia in causa del risultato penoso che avrei avuto di privare un'inferma di 30 anni della pienezza della sua vita sessuale, condannandola prematuramente alla menopausa e privandola della facoltà di procreare alla patria; operazione che si può definire una desolante mutilazione sessuale. Dissi che esistevano altre operazioni chirurgiche, le quali pure allontanando le cause dei patimenti dell'inferma, conservavano l'integrità anatomica degli organi sessuali, e davano facoltà alla donna di non perdere la funzione propria della sua struttura femminile, potendo anzi essa concepire nuovamente e godere del bel nome di madre. Oltre a questo io pensava al fatto, che con altre operazioni si sarebbe molto meglio provveduto al sostegno dei genitali spostati che non coll'isterectomia sola, giacchè, sopprimendo l'utero, non si sarebbe tolto che il prolasso dell'utero, mentre nulla si sarebbe opposto al prolasso della vagina, nonchè alla riproduzione delle cause del prolasso. Ciò anche seguendo il parere di isterotomisti autorevolissimi e brillanti come il mio dilettissimo amico professor dott. L. Gaetano Richelot e come il prof. dott. Segond (1).

Consigliai come operazioni ginecologiche utili, indicate e conservatrici, 1.° *il raschiamento* completo della mucosa uterina, per curare la

---

(1) L. Gustave Richelot. « L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus. » Paris, 1894 — P. Segond et G. Richelot. Académie de Médecine de Paris: « Discussion sur les opérations contre le prolapsus de l'utérus. » Paris, 1894.

endometrite emorragica che era la causa della sterilità e che aveva causato tanta perdita di sangue; 2.° la *colpoperineorafia* di Hégar e la *colporrafia anteriore,* con queste operazioni plastiche si restringeva il canale vaginale, si rinforzava e si rifaceva il piano perineale mettendo l'inferma nelle condizioni favorevoli per evitare la riproduzione del prolasso genitale; 3.° *la isterectomia* alla Huguier, allo scopo di resecare il collo dell'utero ipertrofico, che col suo peso peggiorava le cause del prolasso uterino e della sterilità, amputazione che avrebbe curato radicalmente l'ipertrofia del collo uterino e favorito la riuscita delle operazioni plastiche; 4.° *la laparoisteropessia* per assicurarci per quanto possibile la contenzione e impedire che il ginecologo fosse poi accusato (se il prolasso si fosse ripetuto) di non aver fatto una cura razionale.

Gli interessati accettarono le mie proposte operatorie e cominciai prima di metterle in pratica a far cicatrizzare le lesioni di continuo della vagina, che non potevano essere incluse nei lembi da resecare.

Per ottenere ciò sottomisi l'inferma alla cura seguente: irrigazioni vaginali di acqua bollita con lisolo all'1 1[2 0[0 alla temperatura di 30° in quantità di 2 litri per irrigazione, indi insufflazioni di jodoformio polverizzato sulle superfici ulcerate, e tamponamento vaginale con garza jodoformica al 20 0[0. Questa medicazione veniva ripetuta ogni 24 ore o 48 ore, secondo che la inferma ritrovava applicato il tamponamento.

Quanto più le ulcerazioni andavano cicatrizzandosi, si potè vedere che altrettanto più facilmente il tamponamento veniva ritenuto e per un maggior numero di ore, da 24 andò a 48 indi 60 e 72 ore.

Dopo 20 giorni di questa cura si aveva la cicatrizzazione perfetta delle ulcerazioni vaginali e l'ammalata fu sottomessa al trattamento preparatorio, necessario in tutte le operazioni chirurgiche addominali per creare le migliori condizioni possibili di un buon esito.

Arrivato il giorno fissato per l'operazione e situati in posto i professori che dovevano funzionare da assistenti, messa l'ammalata in posizione dorso-sacrale, giacchè l'operazione doveva incominciare col raschiamento dell'utero, osservate tutte le norme antisettiche ed asettiche, incaricai per la narcosi il mio elettissimo ed illustre amico dott. Lopez Alfonso, professore di clinica medica; si praticò una iniezione morfioatropinica e si incominciò la narcosi. Questa era indispensabile fosse completa, in causa dell'estrema sensibilità del primo, tanto per la sensibilità del peritoneo da me provata in alcune laparotomie pubblicate nel 1893 (1) dietro preghiera del direttore della *Medicina contemporanea*

---

(1) « La sensibilità del peritoneo secondo gli operatori spagnuoli. » Opinione del dott. Argenta, N. 9. Questa fu pubblicata nella *Medicina contemporanea* per il desiderio di Lawson-Tait di conoscere come la pensavano in proposito i chirurghi laparotomisti, ed essendo la mia opinione conforme a quella di Lawson-Tait.

di Madrid. Per questo motivo insistetti nell'uso del cloroformio, ma avevamo già consumato 150 gr. di cloroformio senza ottenere la narcosi e mantenendosi l'ammalata in uno stato di lieve eccitazione, e passando poi a fatti convulsivi gravi.

Attesa la necessità di avere un'anestesia completa per poter operare, e siccome l'ammalata era sofferente abitualmente di un catarro bronchiale, che controindicava l'uso dell'etere per l'anestesia generale, prima di sospendere l'atto operativo praticai il raschiamento uterino terminandolo con un'abbondante irrigazione di acqua bollita alla temperatura di 45° con sublimato all'1 0[00, e con una iniezione endouterina di percloruro di ferro in soluzione normale e asettica. Riposi l'utero al suo posto normale per quanto era possibile, e tamponai la vagina con garza jodoformica al 20 0[0. Pensai di sospendere gli altri atti operativi e vedere se, colla ipnosi, si fosse potuto suggerire all'inferma l'anestesia e poter così intervenire nelle condizioni volute per avere un buon esito.

Ricercando la causa di una così straordinaria resistenza al cloroformio e la causa dell'irregolare prodursi dei fenomeni fisiologici proprii ad esso, incontrai nessuna lesione apprezzabile fuori dell'apparato genitale, tranne una dilatazione aneurismatica dell'aorta addominale nel punto di origine del tronco celiaco. Questo fatto fu provato da tutti i soliti segni stetoscopici abituali e dal pulsamento della espansione aneurismatica per la via delle pareti addominali rilassate, fatti che furono controllati da tutti i professori presenti e specialmente dal mio carissimo amico dott. Lopez Alfonso, direttore della clinica medica.

Sei giorni dopo il raschiamento si poteva poi dire curata l'endometrita emorragica; le irrigazioni endouterine non trasportavano più nessun detrito nè alcuna secrezione morbosa, e l'isterometro non rivelava la presenza di alcuna villosità patologica. Il mio amico Lopez sottomise l'ammalata alle pratiche ipnotiche.

Quivi si manifestò la medesima estrema resistenza che si era manifestata pel cloroformio, restando vani tutti i mezzi adoperati per provocare sonno ipnotico, osservandosi, nei brevi istanti in cui incominciava l'ipnosi, i medesimi fatti convulsivi che si erano prodotti durante la cloronarcosi.

Allora si rinunciò alle operazioni indicate, non potendosi mutare le condizioni fisiopatologiche del sistema nervoso dell'inferma.

Allora, essendo provata l'inutilità dei pessarii, e volendo fare qualche cosa per sollievo di questa donna, mi decisi al seguente trattamento.

b) Due mesi prima, il dott. Michael aveva pubblicato sul *Centralblatt f. Gynäkologie* un caso clinico di prolasso uterino di primo grado e colpocele abbastanza pronunciato, sul quale, seguendo il metodo del dott. Schwalbe del trattamento delle ernie, praticò in vagina delle

iniezioni interstiziali di alcool assoluto con buon risultato; e dopo 3 mesi dalla cura potè vedere come l'effetto terapeutico durava.

Ecco qui la tecnica, mediante la quale applicai alla mia ammalata il metodo del dott. Michael e del dott. Schwalbe: praticai un' irrigazione vaginale di acqua bollita alla temperatura di 50 gradi con lisolo all' 1 e mezzo per cento in quantità di due litri, poi coll' indice e medio della mano sinistra sollevava in piega la mucosa vaginale e faceva l' iniezione, procurando sempre che la direzione dell' ago fosse parallela a quella della piega per non ledere o la vescica o il retto. Fatta l'iniezione riducevo l' utero in sito e riempivo la vagina di garza jodoformica.

Queste iniezioni si ripetevano tutti i giorni, variando i punti delle medesime, evitando il tragitto dell'uretra perchè quivi dette punture sono troppo dolorose.

Ecco gli effetti di dette punture: dolore e senso di bruciore che si accentuava quanto più era fatta vicino al canale uretrale e al perineo, bruciore che spariva lentamente, quando si esponevano gli organi in sito; l' iniezione provocava sempre una notevole ischemia in tutti i tessuti infiltrati dall' alcool, come si vedeva dal colore pallido successivo all' iniezione, che andava fino al bianco sul punto dell' iniezione, tutto il pezzo del tessuto sottomucoso infiltrato dall' alcool si necrotizzava formando un'escara a forma conica colla base alla superficie della mucosa e il vertice alla parte più profonda della mucosa vaginale. Questa escara si eliminava dopo 3 o 4 quattro giorni regolarmente. Essendosi osservate tutte le più scrupolose norme dell' asepsi nel fare queste iniezioni ed essendo l'alcool assoluto un potentissimo microbicida, era naturale che non apparisse in questo processo la più piccola goccia di pus e che la cicatrizzazione fosse perfetta in capo a 4 giorni dopo l' iniezione.

Come effetti terapeutici di questa cura osservai che i visceri venivano contenuti molto più facilmente di mano in mano che venivano fatte dette iniezioni, e che quando si estraeva la garza jodoformica, per ripetere l' iniezione bisognava far fare alla donna un notevole sforzo per far riprodurre il prolasso e più tardi per procedere alle iniezioni bisognava applicare un dilatatore o valva di Fritsch o divaricatori vaginali per rendere possibile il prolasso dell' utero.

Questo fatto era dovuto alla diminuzione del labbro vaginale, causato dalla perdita di sostanza dovuta alla cicatrizzazione delle escare prodotte. Questo fatto era evidente dopo 20 giorni di cura. Tra ogni iniezione e la successiva si lasciavano passare 48 ore indi più tardi 72 ore.

Comparve poi una mestruazione regolare sotto tutti i rapporti, durante la quale si sospesero le iniezioni, e durante la quale non si ripetè il prolasso, quantunque i genitali e l'utero specialmente fossero più pesanti.

Praticai le iniezioni di alcool assoluto in questa ammalata anche in un altro periodo intermestruale oltre al precedente, e osservai che

non si riprodusse più nè il prolasso nè il colpocele e l'orificio uterino esterno si manteneva a circa 5 cent. dall'orificio vulvo-vaginale.

La seconda mestruazione assolutamente normale ci comprovò a posteriori la completa guarigione della endometrite emorragica, come del resto si era già potuto diagnosticare a priori dai sintomi.

In vista del buon risultato della cura l'ammalata trovandosi liberata dai disturbi più molesti, si ridusse al suo paese con suo marito nei primi giorni di Dicembre.

Per curare l'aneurisma aortico addominale fu prescritto dell'ioduro di potassio.

V. Decorso posteriore fino alla gravidanza.

Essendo il marito dell'ammalata stato impiegato a Salamanca, essi si stabilirono in questa città, e così potei seguire il decorso ulteriore della malattia.

Il prolasso genitale non si riprodusse più mercè il trattamento palliativo adoperato per 5 mesi, nè si ebbe spostamento dell'orificio esterno uterino, che si mantenne a 5 cent. dall'orificio vulvo-vaginale. Le mestruazioni continuarono ad essere normali per periodo, durata e quantità e assenza di dolori; le mestruazioni non produssero prolasso genitale malgrado l'aumento del peso dell'utero, le condizioni generali dell'ammalata erano buone, la lunghezza della cavità e del collo e del corpo uterino si mantennero sempre uguali, la ampiezza del canal vaginale era un poco superiore di quando si cessarono le iniezioni, ma non tale da far riprodurre il colpocele; l'aneurisma aortico era diminuito, essendo meno percettibili i segni e i sintomi della lesione stessa.

L'inferma attendeva facilmente a tutti i lavori domestici.

Al sesto mese della guarigione, cioè nel mese di Maggio del 1894, eseguendo un lavoro domestico pel quale aveva dovuto impiegare molta forza, il giorno prima che incominciassero le mestruazioni, si riprodusse il prolasso dei genitali per 4 cent. all'infuori dell'anello vulvo-vaginale. L'ammalata allora venne nella mia clinica, io ridussi il prolasso e lo feci mantenere ridotto colla solita garza all'jodoformio, avvertendo la donna che appena vedesse il sangue mestruo ritirasse la garza; infatti così fece, ma si riprodusse il prolasso genitale; allora io le ordinai di stare a letto per tre giorni, durante i quali doveva svolgersi la mestruazione.

Durante questi giorni non si riprodusse il prolasso mestruale, ma dopo poco tempo attendendo la donna ai lavori domestici si riprodusse. Allora l'inferma e il suo marito decisero di far ripetere le iniezioni di alcool assoluto.

Acconsentii ai loro desiderii e praticai le iniezioni col metodo già estesamente raccontato.

Si fecero 15 iniezioni in 15 giorni e si ebbero i medesimi fenomeni di cui abbiamo diffusamente già parlato. Per 3 mesi l'utero si mantenne ridotto.

VI. Gravidanza.

Ritornando a Salamanca nel Settembre 1894, ritrovai la mia ammalata la quale mi disse che, dopo la mestruazione del mese di Giugno, non aveva piu avuto flusso mensile e che credeva essere gravida, e ciò non solo per la mancanza dei mestrui, quanto per i fenomeni gravidici che aveva notato, vale a dire poca volontà di mangiare, avversione a certi cibi, vomiti al mattino, stitichezza, peso al basso ventre, e turgore delle mammelle. Oltre a questo mi disse che dal mese precedente si era riprodotto il prolasso e mi pregava di nuovo, se era possibile, di fare le iniezioni. Visitandola nuovamente la trovai nelle stesse condizioni di quando entrò alla Clinica nell'Ottobre dell'anno precedente. Non eravi altra differenza che la colorazione violacea della mucosa vaginale e cervico uterina, segno della gravidanza e oltre a questo non eravi più desquamazione epiteliare della mucosa vaginale ed esisteva una ulcerazione sul labbro posteriore dell'utero, la quale occupava quasi un terzo del medesimo.

Risultandomi la gravidanza un fatto positivo mi astenni di fare il cateterismo uterino. Temendo poi che i fenomeni di reazione propri delle iniezioni di alcool assoluto non avessero a determinare un aborto, mi astenni dal fare anche le suddette iniezioni, invitando la donna a venire in Clinica ogni tal volta avesse bisogno, per ripetere la riposizione dei visceri prolassati col tamponamento, colla garza jodoformizzata aggiungendo l'insufflazione di jodoformio sulla ulcerazione. Tutti i giorni bisognava tamponarla di nuovo perchè la garza jodoformica non stava in posto che 18 ore ed usciva fuori precisamente quando l'ammalata si alzava per urinare o per andare di corpo. L'eccesso di peso degli organi prolassati faceva sì che procedesse molto più lenta la cicatrizzazione della ulcerazione del labbro posteriore. Alla metà della gravidanza potei sentire coll'ascoltazione il battito cardiaco fetale e potei riscontrare gli altri sintomi della gravidanza. Quando ebbi acquistato la convinzione che l'ammalata era gravida feci mettere (col suo permesso e quello del suo marito) l'ammalata in una camera fotografica ed ebbi un cliché colla riproduzione fotografica dello stato esatto delle sue lesioni. Malgrado la difficoltà circolatoria, creata dallo stato gravidico, l'ulcerazione del collo guarì alla fine del 5.° mese e così la donna continuò fino all'8.° mese

della gravidanza col solo fastidio di dover ripetere il tamponamento colla garza jodoformizzata al 20 per cento, facendo prima un'irrigazione antisettica vaginale nel modo già descritto diffusamente in antecedenza.

Tanto lo sposo come l'ammalata furono sorpresi che già dal principio della gravidanza il vomito, il quale aveva già prodotto nella prima gravidanza l'aborto, e nella seconda il prolasso degli organi genitali, questa volta fosse tanto leggiero da poter dire che quasi non esisteva.

Al principio dell'8.° mese si riprodusse il prolasso, e la parete vaginale posteriore cominciò ad ulcerarsi in rapporto alle sue inserzioni cervicali e così pure il labbro posteriore del muso di tinca. Questo si capisce perchè si trattava della parte appunto più esposta all'insulto meccanico degli sfregamenti. Allora, oltre al ricorrere alle insufflazioni di jodoformio, praticai il tamponamento vaginale con delle torunde di cotone idrofilo involte in garza jodoformizzata al 20 per cento; questo tamponamento veniva praticato tutti i giorni, perchè non poteva stare in posto 24 ore per il motivo che il peso dell'utero faceva espellere le torunde di cotone. Il terzo giorno di Marzo, vale a dire alla metà dell'ottavo mese, si ebbero leggiere emorragie capillari dei punti desquamati della mucosa vaginale e cervicale. Questo fatto fece supporre all'ammalata ed al suo sposo che il travaglio stesse per incominciare. Essi m'invitarono a visitare l'ammalata, ed io coll'ispezione diretta potei rilevare che l'emorragia aveva luogo dai capillari messi allo scoperto dalla desquamazione già citata.

Al principio del nono mese della gravidanza, le desquamazioni ed ulcerazioni suddette, erano scomparse. Malgrado si fosse al nono mese della gestazione, non si poteva notare quel rammollamento che suole succedere nel collo dell'utero, per preparare la dilatazione del medesimo. Il collo dell'utero non aveva subìto alcuna modificazione e posso affermare che si manteneva come se nell'utero non fosse stato contenuto alcun feto.

Questa era una circostanza molto importante; essa avrebbe potuto essere causa di distocia materna. Questa alterazione anatomica del collo non si sarebbe probabilmente potuta vincere coi mezzi soliti adoperati dall'ostetricia moderna; non si poteva pensare ad una dilatazione artificiale del collo per terminare il parto col forcipe, nè tanto meno ad una espulsione spontanea del feto. Feci note queste cose così gravi al marito e gli dissi che si sarebbe dovuto ricorrere alla laparo-isterotomia cesarea; dissi che questa operazione, grazie ai moderni progressi di questi ultimi dieci anni era di una mortalità molto minore quasi disprezzabile, ma che però l'ammalata avrebbe potuto anche morire, e che mi abbisognava del suo consenso per procedere al momento voluto alla suddetta operazione, senza nemmeno provare gli inutili mezzi ordinarii di dilatazione artificiale del collo.

Il marito dominato dal pensiero di salvare la moglie mi diede il suo consenso. Allora avvisai i miei assistenti soliti, onde si tenessero pronti essendo assai prossimo il giorno del parto, e procedetti ai preparativi necessarii per l'asepsi e l'antisepsi del materiale di medicazione, sutura, istrumenti, ecc.

In uno dei giorni precedenti al parto diagnosticai col palpamento (metodo Pinard) e coll'ascoltazione la presentazione e posizione del feto. L'ovoide cefalico occupava lo scavo, più accessibile verso destra colla palpazione trovai il focolaio di massima intensità nel punto tanto bene descritto da Auvard nella sua figura, e diagnosticai una presentazione di vertice in prima posizione (1).

Praticai nello stesso giorno la pelvimetria esterna e interna e riscontrai normali tutti i diametri della filiera pelvica.

VII. Parto e secondamento.

Il giorno 6 Aprile dell'anno attuale l'ammalata incominciò a sentire le contrazioni uterine alle 6 della sera; questi dolori dalla fossa iliaca si irradiavano alla regione lombare e ai nervi ischiatici; erano così intensi che essa era obbligata a gridare e che la obbligavano a contrarre anche i muscoli addominali. Diagnosticai perciò il travaglio del parto.

Quando io vidi l'ammalata le contrazioni uterine dolorose duravano da 4 ore, esse erano manifestamente intermittenti, tra un dolore e l'altro passavano 20 minuti di tempo; allora praticai un'irrigazione vaginale di acqua bollita, alla temp. di 45 gradi con lisolo, all'uno per cento. Credetti bene di usare l'antisepsi ostetrica invece dell'asepsi pura che adopero ordinariamente nei due primi periodi del parto, perchè l'inferma aveva delle lesioni anatomiche ed io sarei stato obbligato a rendermi ragione del modo con cui procedeva il parto e volevo evitare coll'antisepsi le conseguenze della virulenza dei microrganismi che risiedono abitualmente nel canale vaginale; tanto più che come ho detto non potevo prescindere dall'esplorazione vaginale e rettale. Praticata dunque l'irrigazione suddetta, e disinfettatemi le mani e le braccia, unsi il dito indice e medio della mano destra con vaselina borica al 20 per cento, procedetti all'esplorazione vaginale. Potei sentire che il collo dell'utero, con mia grandissima sorpresa, era diminuito considerevolmente di lunghezza; esso era lungo 6 cent., e il suo tessuto era molto rammollato di modo che colla punta del dito si poteva imprimervi una fossetta. Il collo dunque si deprimeva molto facilmente: l'orificio esterno del muso di

(1) Auvard. « Trattato pratico dei parti. » Ediz. spagnuola, pag. 197.

tinca era già un po' dilatato tanto che due dita passavano nella cavità cervicale e raggiungevano la porzione del collo uterino chiamato pseudo-orificio interno od orificio di Müller; questo orificio incominciava a dilatarsi e attraverso a questo potei sentire le membrane e il vertice fetale, duro, rotondeggiante.

In seguito a questi dati io formulai la mia diagnosi che il parto si trovava nel primo periodo e che la dilatazione del collo uterino procedeva in modo che forse si sarebbe potuto avere il parto per le vie naturali, il che si era autorizzati a credere stante il notevole cambiamento avvenuto nelle condizioni della dimensione e della consistenza del collo uterino.

L'esplorazione rettale mi confermò i reperti della esplorazione vaginale tanto riguardo al feto come riguardo alla madre.

Rimasi un'ora al letto dell'ammalata, e alla fine di questa ora, disinfettate ancora bene le mani e le braccia, e ripetuta un'irrigazione vaginale come la precedente, ripetei l'esplorazione vaginale per rendermi conto del progresso che era avvenuto nel travaglio del parto, in causa delle 4 contrazioni uterine che avevano avuto luogo durante quello spazio di tempo. Constatai che il rammollamento continuava, che la lunghezza del collo andava diminuendo, che la dilatazione del canale cervicale andava aumentando, il che mi fece concepire la speranza che si sarebbe potuto avere un parto eutocico, sorvegliato naturalmente da persona dell'arte.

Praticai l'ascoltazione per rendermi conto se il feto era in vita, o se fosse morto per asfissia placentare insorta per le contrazioni uterine che avessero potuto interrompere gli scambii tra il sangue fetale e il materno; il battito era chiarissimo e regolare, quindi mi convinsi che il feto viveva ed era sano.

Durante il tempo che passò tra il primo ed il secondo periodo del parto, e che furono le ore intercorrenti fra le 7 della sera del giorno 7 (26 ore), il prolasso si mantenne alquanto ridotto e l'orificio esterno si trovava a 6 cent. dall'anello vulvo-vaginale.

Lasciai la partoriente raccomandando a suo marito d'avvisarmi quando si fosse presentato uno dei tre seguenti fenomeni: o una emorragia o la rottura del sacco, o il cambiamento della forma dei dolori o la loro eccessiva frequenza.

A mezzanotte mi recai in casa della partoriente e colle solite norme antisettiche eseguii una nuova esplorazione e avendo constatato che tutto procedeva regolarmente, sebbene lentamente, visto che non si poteva fare ancora nulla, trovandosi ancora il parto nel periodo dilatante, lasciai l'ammalata colle già dette raccomandazioni.

La partoriente in tutto il tempo del periodo dilatante cambiò di posizione frequentemente; così mentre aveva le contrazioni uterine stava

sul letto in posizione ostetrica classica; appena cessava il dolore si alzava dal letto e passeggiava nella camera, oppure si appoggiava colle mani sulla spalliera della sua sedia o sul margine del letto allargando le gambe.

Alle ore 8 della notte del giorno 7 come abbiamo già detto, essendomi recato dall'ammalata vi fu un cambiamento in questo stato di cose. Il travaglio del parto passò nel secondo periodo, cioè le contrazioni aumentarono di frequenza, l'intervallo tra una e l'altra non era che di 5 minuti, la lunghezza del collo uterino era diminuita (3 cent.), il collo era molto più molle, l'orificio esterno era più dilatato, l'orificio stesso era più in basso nella filiera pelvica, si sentiva la testa fetale occupare lo stretto superiore e i suoi diametri in relazione perfetta con quelli della pelvi materna nella posizione già notata, ad ogni contrazione si formava più distinta la borsa delle acque che si tendeva durante le contrazioni uterine, cessando detta tensione col cessare della contrazione uterina; facendo l'esplorazione vaginale durante la contrazione uterina si poteva capire che la testa discendeva nella filiera pelvica e genitale e la testa del feto spingeva sempre più in basso la borsa delle acque e questa a sua volta faceva aumentare la discesa del collo.

Di mano in mano che le contrazioni andavano succedendosi e crescendo di frequenza e intensità, aumentava anche sempre più il rammollamento del collo, fino al punto che io, valendomi della mia mano destra come di un dilatatore, potei completare la dilatazione, seguendo per ottenerla il metodo classico. Quando la dilatazione fu completa e sufficente in modo da poter dar passaggio alla testa fetale, questa testa discesa nello scavo andava facendo sempre più spiccata la tensione della borsa dell'acqua.

Durante la contrazione successiva, essendo completa la dilatazione del collo, la borsa si ruppe e scolò il liquido amniotico. Erano le dieci e mezza della notte; l'ovoide cefalico occupava lo scavo ed era circondato dall'orificio dell'utero; incominciava a notare una certa pastosità del labbro anteriore e posteriore del medesimo, il che era un segno del principio dell'edema. In queste condizioni di cose sarebbe stato difficile che la testa fetale avesse superato l'orificio medesimo. Prima di praticare l'applicazione del forcipe, procurai di vedere se mediante una nuova dilatazione si fosse potuto ottenere la discesa della sopraddetta parte fetale. Dopo essermi disinfettato di nuovo, feci passare fra la testa e il collo uterino il dito indice e medio della mano destra, imprimendovi un movimento di rotazione in direzione dell'asse della filiera pelvica; con questa manovra ottenni che il vertice del feto penetrasse ancora di più nella cavità cervicale, ottenendo nel medesimo tempo una discesa abbastanza notevole della testa. Alla contrazione che seguì la precedente manovra la partoriente mi pregò di ripeterla un'altra volta, perchè essa

aveva sentita la sensazione indicatrice dell'effetto conseguito; praticai un'altra volta la manovra descritta, coll'intenzione (se non fosse riescita nello scopo) di praticare poi l'estrazione col forcipe, ma appena che io ebbi terminato di descrivere il circolo attorno all'ovoide cefalico questo attraversò rapidamente l'orificio esterno, iniziandosi la rotazione interna.

Da questo momento le forze espulsive aumentarono notevolmente, di modo che il resto del travaglio (secondo periodo) fu regolare e si compì in dieci minuti, avendosi l'espulsione del feto alle undici di notte. Praticai tardivamente la legatura del funicolo e collocai la parte materna del medesimo a livello dell'anello vulvo-vaginale (indice funicolare di Auvard, poi feci una irrigazione con 2 litri di acqua sterilizzata a temperatura di 45 gradi con lisolo all'uno e mezzo per cento, onde avere di nuovo l'antisepsi del canale vaginale.

Per l'assistenza al secondamento seguii il metodo da me indicato nel mio lavoro « Sul secondamento » pubblicato nella *Rassegna di ostetricia e ginecologia* di Napoli, 1895, N. 7, ecc., vale a dire servendomi del metodo da me sempre usato, cioè del metodo misto, spremitura uterina unita alle trazioni funiculari.

I varii periodi del secondamento furono regolari, vale a dire che tanto il distacco della placenta dalle sue inserzioni uterine (primo tempo), come l'espulsione della placenta e annessi dall'utero, la sua caduta nella cavità vaginale (secondo tempo) come pure la espulsione dalla vagina della placenta e suoi annessi (terzo tempo), si effettuarono nel modo il più normale possibile, e quindi il mio intervento (come ho detto nel mio lavoro pubblicato a Napoli nella *Rassegna di ostetricia e ginecologia* del 1895), si limitò ad un intelligente aiuto prestato alle forze naturali dell'apparato genitale.

Finito molto felicemente il travaglio del parto, praticai alla puerpera una nuova irrigazione vaginale con acqua sterilizzata mediante la bollitura, lasciata raffreddare a 45 gradi, coll'aggiunta di lisolo in modo di avere una soluzione all'uno e mezzo per cento, facendola seguire da un'altra irrigazione intrauterina con acqua sterilizzata e alla temp. di 50 gradi, per portare all'esterno i piccoli coaguli che potevano essere contenuti nella cavità uterina.

Siccome non vi era emorragia, non praticai altro tamponamento che il vaginale con garza jodoformica al 20 per cento; dopo di che feci come sempre una iniezione di un cent. cubico di ergotina Yvon. Il feto era di sesso mascolino, nacque perfettamente sano come succede appunto coi bambini a termine in buone condizioni di vitabilità; non aveva di notevole altro che la forma allungata del cranio; forma che aveva acquistato per le compressioni sofferte durante il suo passaggio attraverso la cavità cervicale, piccola deformità cranica che scomparve da sè. Non potei

conoscere il peso del bambino appena dopo la nascita perchè la madre vi si oppose, essendo comune nella Castiglia il pregiudizio che il bambino pesato non cresce più; terminata la toeletta della madre e del bambino, raccomandai molto caldamente alla puerpera, di porgere il seno al bambino allo scopo di determinare negli organi genitali quella influenza involutiva caratteristica che è propria dell'eccitazione prodotta dal succhiamento del bambino.

Prima di finire questo capitolo debbo dire che (a norma della moderna teoria ostetrico-ginecologica nella patogenesi del vomito incoercibile), mentre il collo dell'utero soffriva la compressione dell'ovoide cefalico fetale, comparvero dei vomiti di colore itterico, abbondantissimi. Debbo pure notare che il liquido amniotico aveva una consistenza sciropposa ed era di color subitterico.

VIII. Puerperio.

I primi giorni di questo terzo periodo furono perfettamente normali, non osservandosi altro che morsi uterini dolorosissimi; questi furono combattuti vittoriosamente coll'estratto fluido di Viburno prunifoglio; non si ebbero nè rialzo di temperatura nè fenomeni di infezione puerperale. L'allattamento del bambino fu facile, si ebbe un'abbondante montata lattea, il latte era in buone condizioni nutritive, come si poteva vedere dallo stato generale del bambino.

Dopo 10 giorni la puerpera ebbe da me il permesso di alzarsi alcuni istanti dal letto. Tutti i giorni dopo il parto furono praticate alla puerpera delle irrigazioni vaginali con acqua sterilizzata col mezzo dell'ebollizione e raffreddata alla temp. di 45 gradi, aggiungendovi poi tanto lisolo da ottenere una soluzione all'uno e mezzo per cento, praticando dopo ogni irrigazione il tamponamento vaginale con garza jodoformica al 20 per cento; ogni giorno vennero cambiate le biancherie del letto della puerpera e si fecero delle irrigazioni sul pavimento della camera dell'ammalata, per impedire che la polvere volasse per aria e la infettasse. Il bambino, nei primi giorni che seguirono alla sua nascita, ebbe a soffrire un attacco di bronchite, questa fu guarita mediante i rivulsivi, gli espettoranti e gli emetici. Frattanto l'ammalata scendeva dal letto, e gli organi si mantenevano ridotti nella filiera pelvica, senza che la puerpera soffrisse la minima molestia, il che avrebbe potuto manifestarsi nel momento in cui si cambiava la statica dei genitali stessi.

Al terzo giorno da che lasciava il letto, cioè il tredicesimo di puerperio, la donna fece nel defecare uno sforzo che provocò la riproduzione del prolasso genitale, e trovai questa novità nella visita del mattino. Il prolasso uterino era di terzo grado, però molto lieve, perchè

solamente il labbro posteriore del collo era disceso sotto l'anello vulvo-vaginale; praticai allora la disinfezione dei genitali esterni delle mie mani e delle braccia, e dopo aver sterilizzato l'isterometro alla lampada misurai la cavità uterina e cervicale, e potei vedere che fino all'orificio interno la cavità cervicale misurava 6 cent., che quando questo orificio fu superato l'indice dell'isterometro segnò 14 cent., quindi 8 cent. erano per il corpo; ritirando l'isterometro si ebbe una breve perdita siero sanguigna.

Quindi il canale cervicale era molto aumentato di lunghezza e vi era erosione e tendenza all'ipertrofia della mucosa; allora decisi di applicare dei lapis intrauterini di jodoformio, alternandoli con lapis di ittiolo previa irrigazione intrauterina sterilizzata calda a 50 gradi al sublimato all'uno per mille; dopo aver messo il lapis praticavo sia al collo come al fondo delle estese frizioni con un pennello intriso di glicerina e ittiolo al 10 per cento, e seguiva un tamponamento vaginale di garza jodoformizzata bagnata con glicerina e ittiolo.

Quindici giorni dopo questo trattamento il prolasso persisteva nelle suddette condizioni, la cavità del corpo era diminuita di 4 cent., e la cavità cervicale persisteva nella lunghezza già accennata. La lesione della mucosa interna era trascurabile.

Trenta giorni dopo il parto la puerpera si mise alle sue occupazioni abituali ed io mi congedai, raccomandandole di venire ogni giorno in clinica per proseguire la cura del prolasso genitale.

Malgrado la mia raccomandazione, l'ammalata che sempre si era distinta per la sua pigrizia e noncuranza non venne alla clinica se non 3 mesi dopo il parto.

Quando io la vidi (Luglio corrente anno) lo stato suo era il seguente: le labbra del collo uterino erano prolassate e discendevano a 3 dita trasverse sotto l'anello vulvo-vaginale; sopra la parete vaginale anteriore che era pure prolassata quasi in totalità, non si vedevano i segni che erano stati lasciati dalle cicatrizzazioni delle ulcerazioni che vi erano prima; vi erano ancora i sintomi del cistocele, l'orificio uterino esterno era semi aperto e si poteva vedere che la mucosa cervicale presentava i suoi caratteri normali, lo spessore e le dimensioni delle labbra del collo mi parevano molto diminuite; al palpamento si potè rilevare come la consistenza del collo uterino era piuttosto normale che fibrosa; la lunghezza del collo apprezzata col palpamento pareva diminuita, in confronto di quanto aveva trovato nel primo esame (1893 Ottobre); non esisteva più nè sul collo nè sulla vagina alcuna erosione; praticata l'isterometria si ebbe per la cavità cervicale 85 mm., per quella del corpo 35 mm.; cioè un totale di 12 cent., quindi si aveva una diminuzione di 3 cent. nella lunghezza totale dell'utero, vale a dire 0,5 cent. per la cavità del corpo e 2 e mezzo cent. per quella cervicale; infatti

in Ottobre 1893 la prima era di 4 cent. ed ora 3,50, la seconda 11 cent. ed ora 8,50.

La puerpera continuò ad allattare il suo bambino in modo perfettamente regolare. Il bambino non fu più ammalato e crebbe ben nutrito e si sviluppò bene.

IX. Considerazioni pratiche che si deducono da questa storia.

Nell'esporre le considerazioni che deduconsi da questo caso clinico ostetrico-ginecologico adopererò la massima concisione, imperocchè il mio lavoro è già estesissimo e perchè è fuori di dubbio che, avendo io fatto un' amplissima relazione di tutto ciò che vi era di importante nel caso, le deduzioni possono spontaneamente saltare all'occhio dei lettori.

Intanto il caso dimostra in modo irrefragabile l' opinione di quei ginecologi che credono che i vomiti incoercibili dipendano da lesioni uterine. La nostra ammalata infatti fu gravida 3 volte, nelle 2 prime gravidanze ebbe a soffrire dei vomiti incoercibili con gastrorragie, nella prima il vomito cessò coll' aborto prodotto dal vomito stesso, nella seconda il vomito cessò quando fu effettuata l'espulsione del feto e degli annessi, e nel terzo parto (dopo che fu fatto il raschiamento dell'utero) non vi furono vomiti incoercibili, per il che si deduce che nell'utero medesimo, quantunque esistessero parecchie cause che potevano produrre il vomito (ipertrofia del collo, prolasso, endometrite) e che lo mantenevano anche prima dell'epoca delle gravidanze, pure l'endometrite era quella che più direttamente ne era la causa fino dalla pubertà, perchè una volta curata radicalmente l'endometrite col raschiamento era stata tolta la causa del vomito riflesso. Questo fatto è tanto più importante in quanto che la donna aveva sofferto e soffre attualmente di una alterazione delle funzioni digestive; cessando il nesso tra la malattia dello stomaco e quella dell'utero, la donna non ha più sofferto i vomiti incoercibili.

Tra le cause del prolasso ve ne sono due importantissime e sono i *vomiti incoercibili* e *l'ipertrofia del collo;* i primi agivano aumentando molto la pressione addominale, e questa si riferiva specialmente nei suoi perniciosi effetti agli organi pelvici non sostenuti da un pavimento pelvico debole per le modificazioni gravidiche, e da un perineo lacerato quasi in totalità. Questo pavimento discendeva producendo la lenta e progressiva discesa degli organi pelvici, cedendo ogni volta di più per

il rallentamento delle sue connessioni colla filiera pelvico-genitale. Notiamo che in questo modo andava abbassandosi l'indice di elasticità dei legamenti uterini, i quali mano mano che si ripetevano gli sforzi meccanici del vomito, andavano aumentando di lunghezza, diminuendosi così il loro potere di sospensione, il che aveva naturalmente effetto sulla statica degli organi genitali interni.

Siccome l'utero è l'organo che è situato nell'asse della pelvi, sopra di lui si esercitava più direttamente l'aumento della pressione addominale dovuto ai vomiti, però essendo il suo fondo ed i suoi margini solidamente attaccati alle pareti uterine, le parti che ricevevano l'urto dei vomiti erano i 2 sfondati anteriore e posteriore e questi essendo membranosi e non potendo opporre alcuna resistenza agli sforzi ricevuti, furono obbligati di discendere; quindi vagina e fornice si portarono in basso, riflettendosi sopra l'utero; oltre a ciò le inserzioni uterine della vagina stiravano sulle fibrocellule del tessuto muscolare del collo uterino, che invece nella sua parte superiore rimaneva fisso. Questo stato di cose fece sì che la parte media del collo aumentò straordinariamente di lunghezza e si ipertrofizzò.

Una volta stabilitosi l'allungamento del collo nel modo sopraindicato, l'aumento di peso dell'utero venne ad aggiungersi quale esponente che facilitava il prolasso uterino, di modo che il prolasso andò alle gravissime proporzioni da me notate quando esaminai per la prima volta l'ammalata.

Nella mia clinica si verificò due volte il caso di trovare insieme coll'ipertrofia del tessuto uterino l'esistenza di aneurismi dell'aorta addominale. Faccio quindi menzione di questo importante dettaglio che potrà servire a chi vorrà studiare più minutamente l'argomento. Nella altra inferma invece eravi un tumore dell'utero con un aneurisma dell'aorta addominale. Io vorrei che i miei amici clinici ginecologi Chroback, Freund padre e figlio, Gazsthak, Martin (A.), Mangiagalli, La Torre, Richelot, Tibone, ecc. ecc., avessero a secondare queste ricerche, giovandosi dell'immenso materiale clinico che passa sotto la loro attenzione. Bisognerebbe studiare se si tratta di una pura coincidenza oppure se l'istogenesi di questi neoplasmi non ancora del tutto nota, non potesse dipendere in tutto o in parte dalla lesione del grosso tronco arterioso da cui dipendono le arterie incaricate di nutrire gli organi genitali.

Il mio caso serve anche benissimo a combattere l'opinione di quei ginecologi che accusano il raschiamento uterino di essere causa di sterilità; io praticai in questa inferma (e lo faccio in tutte quelle che sono affette da endometrite ipertrofica o iperplastica) il raschiamento uterino che è un'operazione conservatrice, ed io ci tengo molto a dichiararmi ginecologo conservatore, non demolitore. Mercè questa operazione della ablazione della mucosa ammalata molte donne conservarono la funzione generativa, essendo avvenuto dopo il raschiamento una *restitutio ad integrum* perfetta, essendo la mucosa uterina diventata sana dopo il raschiamento, e quindi dotata delle proprietà fisiologiche che caratterizzano il rivestimento dell'interna parte dell'apparato genitale. Quindi io dico che praticando il raschiamento si ubbidisce ad un'indicazione conservatrice, in quanto che si reintegra con essa la funzione che era andata perduta al comparire della lesione istologica della mucosa. Questo fatto approvato da molti illustri ginecologi che praticano e praticarono il raschiamento, potrebbe essere confermato con fatti e prove irrefragabili anche da me, avendo visto molte donne dopo il raschiamento aver concepito e partorito felicemente, alcune delle quali non avevano mai partorito, ed altre che dopo aver partorito erano rimaste sterili per lesioni sofferte alla mucosa uterina. Non ci pare il caso di citare qui le storie cliniche dei suddetti casi, perchè il caso di cui si parla in questo lavoro è una prova delle più dimostrative di quanto dicemmo. La donna dopo il raschiamento concepì e partorì malgrado che vi fosse una ipertrofia del collo, che per alcuni è condizione di sterilità.

Leggendo questo caso clinico molti diranno che io avrei potuto provocare l'aborto per prevenire la possibile distocia dovuta all'ipertrofia del collo uterino. Io credo che l'aborto si deve provocare quando le condizioni della malattia della gravida siano tali, che logicamente non si possa sperare un lasso di vita intrauterina tale da fornire la vitabilità extrauterina, oppure quando l'esistenza della madre sia tanto compromessa, che le sue sofferenze non permettano di arrivare all'epoca precisa in cui si possa provocare un parto prematuro, per esempio nel caso di un carcinoma del collo con profuse emorragie o di vomiti incoercibili che minaccino la vita della gestante e resistano a tutti i trattamenti ginecologici.

Siccome la natura del male della mia ammalata non era tale che dovesse impedire ad essa di giungere al termine della gestazione, così

non provocai l'aborto; se queste ragioni di ordine puramente materiale mi impedivano di provocare l'aborto, me lo vietavano ancora di più ragioni di moralità e di umanità: stante che la legge divina dice: *non occides.* Nessun ostetrico può praticare un'operazione che abbia per conseguenza la morte del prodotto; precetto assoluto emanato da Dio che non soffre attenuazione alcuna e tanto meno in casi ostetrici, quando i rischi che la madre deve correre non siano tanti serii da far temere la sua morte prima che il feto abbia tanta forza da sopportare un cambiamento di ambiente in buone condizioni di esistenza; questo tanto più è da notarsi allorchè mediante una operazione ostetrica si possa avere probabilità di salvare ambo le vite compromesse, come succede per esempio mediante il parto prematuro artificiale, il parto forzato, la sinfisiotomia e l'isterotomia cesarea.

Non solo però la legge divina proibisce, secondo il mio parere, in casi come il presente, di provocare l'aborto nei primi mesi della gravidanza, ma lo proibisce anche il principio del diritto naturale che dice: *contra jus non datur jus.*

Il modo con cui si svolsero i fatti sopranarrati fu per me motivo di vera soddisfazione e giustificarono il mio modo di agire.

Era certo che per gli scambii nutritivi cellulari determinati nell'utero dalla gravidanza, si poteva sperare che l'ipertrofia del collo avrebbe partecipato ad un movimento regressivo; era però anche molto probabile che essendovi un considerevolissimo aumento del collo uterino in lunghezza, si dovesse avere un caso di distocia materna, perchè il rammollimento e il raccorciamento del collo avrebbero anche potuto mancare, quindi bisognava tener presente la possibilità di dover ricorrere ad un'operazione ostetrica per poter terminare il parto.

A questo scopo io avrei preferito il taglio cesareo come quella operazione che mi sembrava la più adatta a salvare ambo le vite (madre e figlio), e non eravene altra che permettesse di curare in pari tempo le lesioni da cui era affetta l'inferma, esportando le ovaie per impedire un nuovo concepimento, e fissando i monconi risultanti alla parete addominale, per diminuire almeno se non per curare radicalmente il prolasso.

La natura vinse l'ostacolo principale al parto mediante il rammollimento del collo (cap. VII) in modo da permettere una dilatazione

artificiale del collo uterino. A ottenere questo servirono molto secondo me i tamponamenti vaginali praticati da me nell'ultimo mese della gravidanza mediante la garza jodoformica al 20 per cento; il che dimostra che bisogna sempre sperare un po' anche nelle risorse organiche degli ammalati e nella *vis* dell'economia umana, e che non bisogna procedere ad operazioni qualunque siano, fino a che non sia dimostrato a sufficenza che le risorse poderose di cui dispone l'organismo risultino insufficienti e senza efficacia.

Per ultimo, e per finire, noterò che vi fu una riduzione delle dimensioni della cavità uterina dovuta all'involuzione puerperale, come si potè dedurre dalla isterometria fatta 3 mesi dopo il parto che dimostrò una diminuzione di 3 cent.

Salamanca, 30 Luglio 1895.

Dott. MUZIO PAZZI

STORIA SCIENTIFICO-SOCIALE DELLA LEVATRICE

(Continuazione e fine, vedi pag. 873).

CAPITOLO V.

Regolamenti vecchi e nuovi. — Tasse. — Doveri delle levatrici. Alcune critiche.

È inutile qui riprodurre il Regolamento generale per le aspiranti levatrici del Regno. Ci intratterremo soltanto di quanto in tale campo venne proposto e fatto da individui, da Società, da Comuni.

Il dott. Cioja, a un lavoro da me citato (1) scrive:

« ....A me conviene segnalare un fatto che dimostra come si accenni però ad un principio di azione anche in ordine alla pubblica igiene ostetrica. Il prof. Cuzzi, direttore della Clinica ostetrica di Pavia, e dirigente la Guardia ostetrica di Milano, ha nello scorso inverno » (1887) « presentato alla Società medica di Pavia un regolamento per l'assistenza asettica della partoriente per parte della levatrice (2). Dopo matura discussione, tale regolamento veniva trasmesso alla autorità prefettizia, che mostrò interessarsi all'invocato provvedimento sanitario. E dopo il Cuzzi, il dott. Bompiani, assistente alla Clinica medica di Roma, presentava pure alla Società medica di quella città uno schema di consimile regolamento, come vedremo più oltre, che riscosse l'unanime approvazione di quel dotto consesso, e che fu vivamente lodato dall'ill. prof. Baccelli. Speriamo.... che per il bene delle partorienti, le proposte si facciano

(1) Cioja. « Un pubblico provvedimento di profilassi. » *Morgagni,* Milano, 1887.

(2) *Atti della Società medica di Pavia,* 1887 e *Giornale delle levatrici,* 1887.

strada, e che l'idea altamente umanitaria venga applicata; molte e molte madri verranno con tali norme igieniche conservate alle loro famiglie. »

Ecco il testo preciso del regolamento del Cuzzi, al quale il prof. Tibone, direttore della Clinica ostetrica di Torino, fece seguire una serie di articoli-commenti nel più volte citato *Giornale delle levatrici,* fino al 15 Marzo 1887 (1):

« Art. 1.° — La levatrice chiamata ad assistere una partoriente deve portare seco: un grande grembiale di bucato, che le ricopra tutta la parte anteriore della persona — un irrigatore ad imbuto, graduato in tre parti eguali, della capacità di tre litri, munito di tubo di gomma, con relativo cannello vaginale di vetro — una boccetta della capacità di 150 grammi, divisa mediante linee orizzontali in tre parti eguali e piena di acido fenico ed alcool a parti eguali — una forbice — una spazzola per unghie ben pulita — un pezzo di sapone — un esemplare del presente regolamento.

« Art. 2.° — Arrivata presso la partoriente depone, in luogo visibile, il presente regolamento, quindi prepara due litri di acqua fenicata al 2 1[2 0[0 riempiendo per 2[3 l'irrigatore di acqua caldissima e versandoci dentro 2[3 del contenuto della boccetta smerigliata ed agitando. Una metà di questa soluzione l'adopera subito e l'altra metà la conserva per i bisogni successivi durante il parto.

« Art. 3.° — Prima di avvicinarsi alla partoriente, la levatrice si disinfetta. A tale scopo rimbocca le maniche fino al disopra del gomito, veste il grembiale, si taglia se del caso le unghie e ne toglie le sostanze collocate sotto il bordo libero, e quindi col sapone, la spazzola e 1[3 di litro dell'acqua fenica, si spazzola per 5 minuti almeno dal gomito in giù, massime in corrispondenza delle dita.

« Art. 4.° — Allora si avvicina alla donna, con un altro terzo litro di acqua fenicata lava con spazzola e sapone i genitali esterni, il perineo, la radice delle coscie, cercando specialmente di esportare le mucosità essiccate ed il secreto delle ghiandole aderenti ai peli o collocati fra le ripiegature cutaneo-mucose.

« Art. 5.° — Tutto è pronto per l'esplorazione: prima di farla però la levatrice coll'ultimo terzo di litro di acqua fenicata si spazzola e si lava nuovamente le mani e, senza asciugare quella che deve esplorare, intraprende l'esplorazione.

« Art. 6.° — Fatta l'esplorazione, prepara un altro litro di acqua fenicata, seguendo in tutto le norme più sopra indicate nel prestare la sua assistenza alla partoriente. La levatrice deve esplorare il meno che sia possibile, e deve fare di frequente l'ascoltazione ostetrica, massime durante il periodo espulsivo. Le è vietato tener le dita in vagina, ungere i genitali e le coscie con sostanze grasse, mettere in contatto coi genitali panni sucidi od altro, se non è cotone fenico o pezzuole di bucato bagnate in acqua fenicata. Tutte le volte che deve esplorare di nuovo la donna, bagnerà i genitali con acqua fenica e immergerà nuovamente la mano esploratrice nella stessa soluzione.

---

(1) *Giornale delle levatrici,* Milano, 1887, N. 4, pag. 29 e seg.

« Art. 7.° — Terminato il parto si toglie la lingeria sucida, che sarà sostituita con altra di bucato; si mette sui genitali esterni una pezzuola di bucato bagnata in acqua fenica e quindi si pulisce con la stessa soluzione il pavimento dalle macchie di sangue, ecc.

« Art. 8.° — Nei casi di feto morto, la levatrice è autorizzata durante e dopo il parto a fare di tanto in tanto irrigazioni vaginali fenicate. Non appena in una partoriente od in una puerpera si manifesta febbre, la levatrice dovrà far chiamare il medico.

« Art. 9.° — Gli strumenti che la levatrice avrà adoperato dovranno essere puliti e disinfettati, facendoli bollire in acqua semplice per un quarto d'ora e poi facendoli soggiornare per sei ore in acqua fenica.

« Art. 10.° — La levatrice che ha in cura una puerpera ammalata deve assolutamente rifiutarsi di assistere una partoriente. Terminata la cura, deve prendere un bagno generale, cambiarsi completamente di abiti, e facendo disinfettare quelli che portava, deve disinfettare con le norme più sopra esposte tutti i suoi strumenti, lasciandoli poi per 24 ore nell'acqua fenicata.

Proposta di un regolamento da osservarsi dalle levatrici nell' assistenza igienica delle partorienti e delle puerpere, presentato dal dott. Bompiani ed approvato da una Commissione Accademica (1886-87).

« Art. 1.° — Per quanto è possibile, la levatrice curerà che, tanto nel letto da parto, quanto nella camera in cui questo avviene, sieno osservate le prescrizioni igieniche e specialmente che non vi sieno altre persone ammalate, nè vi sieno cessi o comunicazioni dirette con latrina.

« Art. 2.° — La levatrice chiamata ad assistere una partoriente deve portare seco: *a)* un grande grembiale di bucato che le ricopra tutta la parte anteriore della persona; *b)* un irrigatore ad imbuto o di vetro, o di metallo, o di caoutchouc della capacità di tre litri, munito di tubo di gomma, due robinetti e due cannule vaginali di vetro; *c)* tre boccette della capacità di 50 grammi ognuna, piene di acido borico in cristalli; *d)* una forbice ad estremità smusse (Siebold); *e)* una spazzola dura per unghie ben pulita; *f)* un vasetto di sapone fluido al sublimato; *g)* una siringa uretrale molle (N. 7 fil. ingl.) ed una metallica da uretra femminile; *h)* refe asettico; *i)* un pacchetto di ovatta fenicata; *k)* un termometro clinico ed uno stetoscopio; *l)* un esemplare del presente regolamento. Tutti detti oggetti possono essere racchiusi in apposita borsa.

« Art. 3.° — Arrivata presso la partoriente la levatrice depone in luogo visibile il presente regolamento. Riempie l'irrigatore di acqua molto calda e vi versa una delle boccette contenenti l'acido borico. Prepara una catinella con circa tre litri di acqua parimente calda e vi versa una metà della seconda boccetta.

« Art. 4.° — Prima di avvicinarsi alla partoriente, la levatrice si disinfetta. A tale scopo rimbocca le maniche fino al disopra del gomito, veste il grembiale, si taglia, se del caso, le unghie e ne toglie le sostanze stratificate sotto il margine libero e quindi con il sapone al sublimato, la spazzola e la soluzione preparata nella catinella si lava dal gomito in giù e si spazzola, massime sulle dita, per 5 minuti almeno.

« Art. 5.° — Avvicinatasi alla donna, con metà dell'acqua preparata nell'irrigatore, con la spazzola ed il sapone al sublimato, lava i genitali esterni, il perineo, la radice delle cosce, cercando specialmente di esportare le mucosità essiccate ed il secreto delle glandole aderente ai peli e collocato nelle ripiegature cutaneo-mucose.

« Art. 6.° — Prima di fare la esplorazione vaginale, la levatrice con il residuo della soluzione che è nell'irrigatore si spazzola e si lava nuovamente le mani, e senza asciugare quella che deve esplorare, intraprende il riscontro vaginale.

« Art. 7.° — Riempie una seconda volta l'irrigatore e vi versa il contenuto della terza boccetta.

« Art. 8.° — La levatrice deve esplorare per vagina il meno che sia possibile, e deve fare di frequante l'ascoltazione ostetrica, specialmente durante il periodo d'espulsione. Le è vietato trattenere le dita in vagina, ungere i genitali e le coscie con sostanze grasse, mettere in contatto con i genitali panni sudici od altro, se non sieno ovatta idrofila o pezzuole di bucato bagnate nella soluzione borica. Tutte le volte che deve rinnovare la esplorazione, immerga la mano per cinque minuti nella soluzione borica, e con questa faccia un'abluzione sui genitali. È rigorosamente vietato l'uso delle spugne per la nettezza preventiva della levatrice, della partoriente o puerpera e del neonato.

« Art. 9.° — Rinnovi più spesso che può la biancheria sudicia e ne ingiunga la rimozione dalla stanza della partoriente; terminato il parto, faccia, per una sola volta, una irrigazione vaginale calda, abbondante con l'acqua dell'irrigatore; quindi apponga sui genitali una pezzuola bagnata nella soluzione borica. Faccia rimuovere dalla stanza la placenta e pulire il pavimento dalle macchie di sangue. Non getti mai le biancherie sul pavimento.

« Art. 10.° — Nei casi di feto morto, di parto molto prolungato per rottura precoce di membrane e di secondamento ritardato, la levatrice è autorizzata, durante e dopo il parto, a fare di tanto in tanto irrigazioni vaginali con la soluzione borica.

« Art. 11.° — La levatrice sarà tenuta a fare chiamare il medico non solo al manifestarsi della febbre, ma altresì quando potrà constatare anche piccole lesioni che sono quasi sempre la porta d'ingresso dell'infezione, e quando rileverà i primi segni di congiuntivite del neonato.

« Art. 12.° — Constatata dal medico l'esistenza di una infezione, la levatrice è autorizzata a ritirarsi dalla assistenza della puerpera. Il medico soprachiamato è obbligato a fare praticare in sua presenza una rigorosa disinfezione delle mani ed avambraccia della levatrice con una soluzione dal medesimo prescritta, di sublimato all'1 $^{00}/_{00}$ inculcandole in pari tempo di prendere un bagno generale e di cambiare vesti.

« Art. 13.° — Gli istrumenti che la levatrice ha adoperato dovranno essere puliti e disinfettati, facendoli bollire in acqua semplice per un quarto d'ora; il tubo di gomma invece, i robinetti e le cannule vaginali di vetro, le siringhe uretrali di metallo saranno tenute immerse per qualche ora nella soluzione borica.

* * *

Nel 1888 (1) il dott. Pericle Sacchi ha presentato al Consiglio comunale di Cremona il seguente

Regolamento per l'assistenza antisettica da prestarsi dalle levatrici nel Comune di Cremona.

« Art. 1.° — La levatrice oltre agli istrumenti necessarî pel buon disimpegno delle proprie mansioni, dovrà, chiamata presso una partoriente, portare seco: *a)* un ampio grembiale netto di bucato, o pettorina, il quale le ricopra tutta la parte anteriore della persona; *b)* un irrigatore della capacità almeno di due litri, munito di relativo tubo di gomma con rubinetto e cannula vaginale di vetro; *c)* N. 6 carte contenenti ciascuna gr. 25 di acido borico; *d)* una spazzola per unghie ben pulita; *e)* un pezzo di sapone; *f)* una borsetta di tela per riporvi gli istrumenti adoperati e non ancora disinfettati e per non confonderli cogli altri della busta; *g)* un esemplare del seguente regolamento.

« Art. 2.° — Arrivata presso la partoriente scioglierà due polveri di acido borico (gr. 50) in mezzo litro di acqua calda ben netta e verserà la soluzione nell'irrigatore, aggiungendovi un altro litro e mezzo di acqua fredda netta e previamente bollita. Questa soluzione che è al 2 $^1/_2$ per cento va adoperata per le irrigazioni vaginali.

« Art. 3.° — Scioglierà poi 4 polveri di acido borico in un po' di acqua calda, indi aggiungerà a questa due litri scarsi di acqua fredda netta e previamente bollita, in modo da ottenere due litri di soluzione borica al 5 $^0/_0$, che si adopererà unicamente per la disinfezione delle mani e degli istrumenti.

« Art. 4.° — Indi la levatrice si laverà col sapone le mani e le avambraccia in $^1/_3$ di litro circa della soluzione borica al 5 $^0/_0$, e si pulirà con diligenza colla spazzola le dita e specialmente il margine delle unghie, che terrà corte.

« Art. 5.° — Con un altro $^1/_3$ di litro della soluzione borica al 5 $^0/_0$ con sapone e con la spazzola passerà alla pulitura dei genitali esterni, del perineo e della parte interna superiore delle coscie della donna.

« Art. 6.° — Con un altro $^1/_3$ di litro di soluzione borica al 5 $^0/_0$ si laverà poi nuovamente le mani e senza asciugarle, nè immergere il dito in altra sostanza qualsiasi, procederà alla esplorazione vaginale.

« Art. 7.° — Dovrà esplorare la donna meno frequentemente che le sarà possibile, e farà ogni volta precedere una accurata lavatura delle mani, come sopra si è detto.

« Art. 8.° — Fatta l'esplorazione, se vi sarà bisogno libererà la vescica ed il retto, indi procederà ad una lavatura vaginale colla soluzione borica 2 $^1/_2$ per cento, posta nell'irrigatore.

« Art. 9.° — Non dovrà adoperare sostanze grasse o ammollienti qualsiasi; dovrà

---

(1) *Giornale delle levatrici*, Milano, Anno II, 15 Dicembre 1888, N. 23, p. 181 e seguenti.

badare che la lingeria che va in contatto colla partoriente sia pulitissima; e quando le abbisogni adoprerà, per pulire i genitali esterni e le parti circumambienti, o pezzuole di bucato bagnate nella soluzione borica 5 % o meglio cotone antisettico.

« Art. 10.° — Terminato il parto la levatrice toglierà con cura tutta la biancheria sporca, la sostituirà con altra di bucato e dopo avere lavate e pulite con cotone antisettico, o pezzuole adatte, i genitali esterni e le parti adiacenti, apporrà a quelli una pezzuola bagnata nella soluzione borica 5 % e spremuta. Baderà poi di pulire bene la donna in altre parti se si fosse lordata e con la stessa soluzione 5 % farà nettare le macchie del pavimento, e curerà che ogni cosa non netta sia rimossa con sollecitudine dalla camera della puerpera.

« Art. 11.° — Durante il travaglio nei casi di feto morto, e nel puerperio in caso di lochio fetido, la levatrice dovrà fare ripetute irrigazioni boriche vaginali. Quando il fetore dei lochi sia grande, o nella puerpera si manifestasse la febbre, la levatrice dovrà far chiamare il medico.

« Art. 12.° — Prima di essere rimesso definitivamente nella busta ostetrica, ogni istrumento adoperato dalla levatrice se metallico dovrà essere fatto bollire per mezz'ora nell'acqua, e se di gomma o di tale sostanza che colla bollitura si guasterebbe, dovrà essere mantenuto immerso per 6 ore almeno nella soluzione borica al 5 %. Non potendosi tali pratiche effettuare al domicilio della partoriente, la levatrice raccoglierà tutti gli istrumenti adoperati e provvisoriamente puliti, nella borsetta di tela impermeabile, per disinfettarli poi a casa propria.

« Art. 13.° — Quando la levatrice abbia in cura una puerpera affetta da malattia nella quale siavi anche solo lontano sospetto di infettività, dovrà, ancorchè sia stato chiamato il medico, riferirne al sindaco, ed astenersi assolutamente dall'assistere altre partorienti o puerpere. Terminata la cura farà disinfettare gli abiti che portava, prenderà un bagno generale, e disinfetterà gli istrumenti facendo loro subire, oltre le pratiche sopradette, un bagno di 24 ore nella soluzione borica al 5 % e presenterà al sindaco un certificato del medico curante, che dichiari essere cessata per la levatrice la necessità di negare la propria assistenza ad altre partorienti o puerpere.

« Art. 14.° — Le stesse norme antisettiche date alla levatrice per l'assistenza alle partorienti valgono anche per quelle da prestarsi alle puerpere.

« Art. 15.° — Le levatrici stipendiate per condotta ostetrica dal comune di Cremona saranno fornite, a spese comunali, dei necessari disinfettanti.

« Art. 16.° — Ogni levatrice esercente nel comune di Cremona è obbligata all'esatto adempimento delle norme sancite nel presente regolamento.

* * *

Seguì nel 1889 il regolamento per l'assistenza al parto per le levatrici condotte del Municipio di Verona di cui basterà riportare due importantissimi articoli (1).

---

(1) *Giornale delle levatrici*, Milano, anno III, 28 Febbraio 1889, pag. 32.

« Art. 13.° — È stabilito un premio annuale di L. 80 per quella levatrice che sul finire dell'anno, avrà avuto un minor numero di forme infettive fra le donne a cui essa prestò l'opera sua, oppure per quella che avrà assistito un maggior numero di parti senza nessun caso d'infezione.

« Art. 14.° — Contro le levatrici comunali che trasgredissero i doveri loro imposti dalle presenti disposizioni, verranno, secondo la gravità dei casi, applicate le seguenti penalità: 1.° Sospensione per tre mesi dallo stipendio; 2.° sospensione per tre mesi dall'esercizio quale levatrice comunale e dallo stipendio; 3.° destituzione. In quest'ultimo caso verrà informato il Procuratore del Re della causa che promosse la destituzione della levatrice per la eventuale applicazione dell'art. 554 del codice penale, che suona così: « Chiunque per inavvertenza, disattenzione, imprudenza, negligenza o per imperizia dell'arte, o della professione che esercita, o per inosservanza dei regolamenti, avrà involontariamente commesso un omicidio, o vi avrà dato causa, sarà punito con la pena del carcere estensibile a due anni, e con multa fino a L. 2000. »

* * *

Nello stesso anno 1889 la Società italiana delle levatrici, dietro invito del proprio Presidente redigeva un completo regolamento (1), che fu accettato favorevolmente dall'onor. Consiglio Sanitario della provincia di Milano e sul quale il Municipio di Milano redasse un analogo regolamento. Ecco il regolamento per l'assistenza ai parti della Società italiana delle levatrici.

« Art. 1.° — La levatrice chiamata ad assistere una partoriente deve essere munita oltre agli istrumenti necessarî alla sua professione: *a)* di un ampio grembiale di tela di bucato che le ricopra tutta la parte anteriore della persona; *b)* di un irrigatore della capacità almeno di due litri foggiato ad imbuto, munito di tubo di gomma, con rubinetto e cannula di vetro: *c)* di N. 6 cartine contenenti ciascuna 25 grammi di acido borico; *d)* di un pezzo di sapone fenicato; *e)* di una spazzola e lima per unghie; *f)* di un esemplare del presente regolamento.

« Art. 2.° — Prima di accostarsi alla partoriente la levatrice preparerà nell'irrigatore due litri di acqua sufficientemente calda e previamente bollita, nei quali scioglierà due cartine (grammi cinquanta) di acido borico. Tale soluzione al 5 % servirà per le irrigazioni vaginali.

« Art. 3.° — In altri due litri di acqua calda scioglierà quattro cartine di acido borico. Tale soluzione al 5 % servirà per disinfettare le mani, braccia e istrumenti e per le parti esterne della partoriente.

« Art. 4.° — Con un terzo di litro di tale soluzione e col sapone fenico si laverà accuratamente, usando la spazzola, gli avambracci, le mani e essenzialmente le unghie, che debbono essere tenute corte. — Con un terzo di litro della solu-

(1) *Giornale delle levatrici*, Milano, anno IV, 28 Febbraio 1890, pag. 29, N. 4.

zione laverà accuratamente i genitali esterni della partoriente, il perineo e la parte interna superiore delle coscie. — Coll'ultimo terzo di litro della soluzione borica al 5 °/₀ si laverà nuovamente le mani. Serberà il rimanente litro di soluzione per le evenienze future.

« Art. 5.° — L'esplorazione dovrà essere fatta il meno frequentemente che sia possibile esclusa qualsiasi sostanza grassa. La praticherà colle mani lavate e bagnate ancora della soluzione borica.

« Art. 6.° — Curerà che la biancheria e gli oggetti che vanno a toccare la partoriente siano puliti e di bucato; in contatto coi genitali esterni, non metterà che pezzuole bagnate di soluzione borica al 5 °/₀. Frequentemente praticherà l'ascoltazione ostetrica, non terrà le dita in vagina, e occorrendo una nuova esplorazione si laverà prima nuovamente le mani.

« Art. 7.° — Terminato il parto torrà subito la lingeria sucida sostituendola con quella di bucato, porrà a contatto dei genitali esterni della donna una pezzuola bagnata di soluzione borica, laverà il pavimento dalle macchie di sangue.

« Art. 8.° — Se si tratta di feto morto la levatrice praticherà di tanto in tanto delle irrigazioni vaginali boriche.

« Art. 9.° — Gli strumenti adoperati verranno disinfettati con bollitura di un quarto d'ora nell'acqua semplice e la loro permanenza poi di sei ore nella soluzione borica al 5 °/₀; il tubo di gomma guastandosi, non si farà bollire.

« Art. 10.° — La levatrice che ha in cura una puerpera ammalata di forma puerperale, non potrà assistere una partoriente. Terminata la cura, prenderà un lungo bagno cambiandosi completamente di abiti e disinfettandoli. »

* * *

Mentre qua e là per la nazione si tentava, mediante i surriferiti regolamenti, di disciplinare l'assistenza delle levatrici al letto delle partorienti, al Ministero degli Interni, nella Divisione della Sanità pubblica giungeva eco della accoglienza favorevole fatta dai più illustri ostetrici a tali regolamenti e del favore dei Consigli Sanitari provinciali alla cui approvazione erano sottoposti. Tutto questo immenso lavoro preparava certamente l'escogitazione del *Regolamento Ufficiale per l'esercizio ostetrico delle levatrici nei comuni del Regno,* accompagnato da istruzioni speciali e che è pure superfluo che io qui riproduca essendo da tutti conosciuto.

* * *

Nel 1889 il Direttore della Sanità pubblica del Regno, prof. Pagliani, propose ed il Ministro dell'Interno, on. Crispi, accettò, fosse nominata una commissione per fare studî intorno all'organizzazione ostetrica; essa

riuscì composta dei prof. Tibone, Morisani e Cuzzi. Questa commissione propose di redigere un « Trattato ufficiale per le levatrici, » ma la proposta non fu accettata dall'on. Villari, allora ministro della P. I. Non potendosi fare il trattato, la commissione fu per una « Guida della levatrice » che infatti comparve alla luce nel 1892. Da questa guida raccolgo appunto i seguenti

Doveri della levatrice.

a) *Doveri verso l'autorità ecclesiastica.* — Questi si riassumono nell'amministrazione del battesimo al neonato in pericolo di vita, allorquando, ben inteso, i parenti lo vogliono. Se pericolo di vita non vi è, non è lecito alla levatrice di dare il battesimo, perchè a tale scopo il bambino deve essere portato alla chiesa. La formula da pronunciarsi per dare il battesimo, sia il bambino ancora nei genitali ovvero fuori, è la seguente: « Se sei vivo e se sei degno io ti battezzo nel nome del Padre, del Figlio e dello Spirito Santo. » Nel pronunciare queste parole si deve dare l'acqua coll'intenzione di amministrare il battesimo. L'acqua deve essere versata sulla testa se il bambino è già nato, sulla regione libera fuori dei genitali se è ancora in parte nel bacino, quando è ancora tutto entro i genitali, l'acqua è spinta in vagina con l'irrigatore. La levatrice dovrà avvertire l'autorità ecclesiastica di avere amministrato il battesimo.

b) *Doveri verso l'autorità civile.* — Il 22 Dicembre 1888 veniva promulgata la legge sulla tutela della igiene e sanità pubblica, e il 9 Dicembre 1889 veniva promulgato il regolamento per l'applicazione di questa legge. Vi sono numerosi articoli riflettenti l'opera della levatrice. Da questi articoli risulta che tutti i comuni del regno devono avere un servizio ostetrico gratuito per i poveri (art. 13 e 14 della legge) da pagarsi dai comuni separatamente (art. 14, 62, 63 della legge e art. 33 del regolamento). Però il comune ha questo obbligo solo quando non vi siano Opere Pie, le quali provvedano a questo servizio sanitario per i poveri (articolo 14 della legge). È bene che la levatrice sappia che l'art. 23 della legge concede solo a lei il diritto di assistere le partorienti e punisce severamente le così dette levatrici abusive e senza diploma, cho assistono parti. Di fronte a questi diritti ha anche dei doveri che trovansi per la massima parte esposti nel regolamento speciale ed istruzioni per l'esercizio ostetrico delle levatrici nei comuni del Regno, che venne promulgato il 23 Febbraio 1890: in parte questi doveri si trovano sparsi qua e là nella legge sanitaria e nel regolamento sanitario sovraccennato. Sappia dunque la levatrice che l'opera sua è sottoposta alla sorveglianza ed al controllo della superiore autorità (art. 22 legge sanitaria); che essa deve fare registrare entro un mese, nel comune dove si reca ad esercitare la professione, il diploma all'ufficio municipale (art. 23 della legge e 59 del regolamento); che se vuole tenere gravide pensionanti in casa deve farne domanda al prefetto della provincia (art. 35 della legge e 79 del regolamento); che ha l'obbligo di denunciare al sindaco tutti i casi di febbre puerperale (art. 108 del regolamento); e che ha l'obbligo di coadiuvare alla attuazione di tutte quelle misure, che valgono ad arrestare la diffusione delle malattie (art. 50 della legge). Vogliamo infine aggiungere qualche altro dato che

può interessare la levatrice su queste disposizioni di legge. La levatrice condotta, che esercita nei comuni divisi in più frazioni, deve risiedere in quella località che le sarà stata designata dal Consiglio comunale. Il licenziamento di una levatrice dalla condotta ostetrica deve essere notificato a lei medesima dal sindaco, o da chi per esso (art. 34 del regolamento). Quando la levatrice crede di essere stata licenziata senza giusta ragione, può ricorrere contro questa deliberazione mediante apposita istanza al prefetto della provincia (art. 45 del regolamento).

Doveri speciali della levatrice verso l'autorità civile sono imposti dagli articoli 371, 373, 374, 375, 376, 404 del Codice civile. Da questi articoli risulta che la levatrice in mancanza del padre o del medico deve fare la dichiarazione di nascita del neonato, quando ne abbia assistito la nascita. L'atto di nascita deve annunciare al comune la casa, il giorno e l'ora della nascita; il sesso del neonato e il nome che gli è stato dato; e il nome e cognome del padre e della madre. Se la donna non è maritata si denuncia solo il bambino. Si ricordi la levatrice che la dichiarazione di nascita deve essere fatta entro i cinque giorni successivi al parto.

c) *Doveri verso l'autorità giudiziaria.* — Nel nuovo Codice penale trovansi articoli, i quali possono interessare la levatrice. L'art. 371 punisce con la detenzione da 3 mesi a 5 anni e con multa che può essere anche di 3000 lire, quella levatrice, che per imprudenza, negligenza od imperizia o inosservanza del regolamento, abbia cagionato la morte di una partoriente, producendole la febbre puerperale. — La levatrice può essere chiamata dall'autorità giudiziaria a fornire schiarimenti in fatti criminosi e via dicendo. Essa deve esporre la pura verità senza riguardo a persone: in caso di menzogna viene punita persino con la reclusione (art. 214 e 217 Codice penale). — La levatrice qualche volta viene pregata e scongiurata di provocare aborti in donne illegittimamente gravide. Essa deve respingere sdegnosamente queste proposte; si ricorda che gli art. 381, 382, 383, 384, 385 del Codice penale portano pene gravissime contro questo delitto. — Vi sono delle donne maritate, le quali, durante la lontananza del marito rimangono gravide e che pregano la levatrice che le ha assistite nel parto, di dichiarare il bambino illegittimo. Questa alterazione dello stato civile di un bambino ed altri atti consimili sono severamente puniti dagli art. 361, 362, 363 del Codice penale.

È bene anche che la levatrice sappia che l'art. 163 del Codice penale punisce la levatrice, che tradisce i segreti professionali, e che l'art. 439 del Codice penale e 102 del Codice di procedura penale impongono l'obbligo di denunciare alla autorità giudiziaria i fatti delittuosi, dei quali viene a conoscenza nell'esercizio della sua professione, entro 24 ore; è bene però avvertire che non vi è obbligo di denuncia se per questa denuncia dovesse essere processata la persona che fu curata dalla levatrice stessa.

* * *

Sarà conveniente che io riporti ancora l'elenco delle operazioni di pura spettanza della levatrice che la maggioranza degli ostetrici e dei manuali di ostetricia minore hanno accettato.

Queste operazioni sono: 1.° puntura delle membrane; 2.° irrigazioni

vaginali ed uterine; 3.° cateterismo vescicale; 4.° clisteri semplici e purgativi; 5.° scarificazioni della vulva; 6.° episiotomia e sbrigliamento dell'imene; 7.° riduzione dell'utero retroverso o in stato di prolasso; 8.° riduzione dell'utero rovesciato subito dopo il parto; 9.° retrazione del funicolo e degli arti procidenti; 10.° correzione della inclinazione della presentazione di vertice; 11.° estrazione podalica; 12.° versione per manovre esterne; 13.° tamponamento della vagina; 14.° second. artificiale.

L'art. 5 del nuovo regolamento soprariportato permette alle levatrici in casi di estrema urgenza di praticare il rivolgimento ma non l'obbliga, e se essa si sente incapace di farlo non lo deve fare. Del resto sarà un fatto possibile che ciò possa accadere nella campagna dove il medico alle volte difficilmente si può rintracciare, ma io credo che nelle città nei grandi centri la levatrice debba assolutamente rifiutarsi di fare il rivolgimento perchè facilmente si trova un medico. Se cade in contravvenzione vi sono 100 lire di multa, salvo le maggiori pene stabilite dal codice penale « a mente dell'art. 23 della legge sulla tutela dell'igiene. »

Un avvertimento alle levatrici è che esse non debbano mai azzardarsi di prescrivere la segale cornuta (che è un veleno e come il sublimato corrosivo non deve essere dato dal farmacista senza ricetta del medico) se non a utero completamente vuoto cioè dopo il secondamento. Le levatrici (e non sono poche) che usano la segale avanti il parto violano l'art. 3.° del regolamento, il quale obbliga la levatrice a chiamare il medico « non appena nell'andamento del parto o del puerperio si manifesti qualche fatto irregolare. » Violano pure l'art. 117 del regolamento per l'esecuzione della legge 20 Marzo 1865 della sanità pubblica che vieta di prescrivere rimedi energici.

Da quanto è stato esposto fin qui appare intanto evidente la necessità di modificare il regolamento in ciò che riguarda la proibizione alla levatrice di usare il sublimato corrosivo, che è riconosciuto il rimedio più sicuro contro la febbre puerperale mentre l'acido borico, che è il solo permesso, è il meno sicuro. Infatti, dice il dott. Piccinini (1) « quando uscì quel regolamento si sapeva già per gli esperimenti fatti nei laboratori che l'acido borico non meritava fede come bactericida: per cui non pochi si meravigliarono nel vederlo messo in voga ed imposto per legge. »

---

(1) Supplemento al *Policlinico*, anno I, N. 13, Roma, 2 Febbraio 1895, p. 212.

Però il regolamento è fatto e bisogna seguirlo.

Il dott. Schivardi (1) criticando le *Istruzioni regolamentari* delle levatrici che impongono loro di portar seco un termometro centigrado, dice che questo può essere un veicolo di infezione e ripete le parole del professor Guaita: *termometro, clisteri ed occhiali non si devono mai prendere nè dare ad imprestito.*

Il dott. Malaspina a proposito del regolamento per il servizio ostetrico nei comuni del Regno scrisse queste opportune parole (2): « ....La levatrice si attenga scrupolosamente a quanto prescrive il regolamento per non assumersi una gravissima responsabilità che potrebbe esporla a serie conseguenze. Segua in tutto e per tutto le *istruzioni* annesse al regolamento stesso e in caso di disgraziato insorgere di infezione puerperale, faccia regolare rapporto alla autorità comunale senza riguardo alcuno. Eviterà così noie, e manterrà nel suo animo la convinzione di aver fatto il suo dovere, collaborando al benessere della umanità. »

Lo stesso autore in un altro articolo stampato dal *Giornale delle levatrici* (3) dice: « Se le levatrici in Italia non sono considerate gran che; se a loro non si pensa molto; se il governo stesso non le ricorda che per sopracaricarle di lavoro, la colpa è tutta loro perchè non sanno unirsi, non sanno fare valere le loro ragioni, non vogliono scuotersi dall'apatia nella quale si trovano tanto bene immerse. »

Quanta diversità dalle levatrici di Berlino che fino dal 1890 esposero al governo forti reclami e fecero i seguenti voti (4):

« 1.° Che lo stato dovrebbe richiedere un grado maggiore di istruzione primaria per l'ammissione delle donne ad esercitare l'ostetricia;

« 2.° che dovrebbe accrescerne gli stipendii e migliorarne le condizioni economiche, vegliando attentamente sulle autorità comunali e relative amministrazioni;

« 3.° che anche i medici dovrebbero essere sottoposti con pari rigore alle leggi sulla antisepsi, e dovrebbero essere ascoltati anche i

---

(1) SCHIVARDI. « L'antisepsi ostetrica. » *Gazzetta medica di Torino,* anno XLVI, 28 Marzo 1895 N. 13, p. 252.

(2) *Giornale per le levatrici,* Milano, anno IV, 30 Aprile 1890. N. 8, p. 57 e seguenti.

(3) *Giornale per le levatrici,* Milano, anno IV, 30 Luglio 1890, N. 14, p. 105 e seguenti.

(4) *Gazzetta tedesca delle levatrici,* N. 11, 1 Giugno 1890, — *Giornale per le levatrici,* Milano, 30 Luglio 1890, l. c.

reclami della levatrice contro la trascuranza eventuale dei medesimi verso i regolamenti sulla antisepsi;

« 4.° lo stato dovrebbe controllare le norme di disinfezione del pubblico e delle case, e non esercitare solamente sulla levatrice il severo necessario controllo della pulizia e della antisepsi;

« 5.° se i medici hanno notizia di una levatrice poco o nulla pulita e non scrupolosa nel seguire le norme dell'antisepsi è loro dovere segnalarlo all'autorità, ma non debbono assolutamente con parole di sprezzo sconsigliare nelle famiglie l'intervento delle levatrici ai parti come un elemento dannoso;

« 6.° con punire severamente quelle infermiere che in assenza del medico si permettono di esplorare le donne cui attendono, e nella cui casa, abusando della confidenza ottenuta dalla pratica ignorante, si attentano a sostituire la levatrice. »

Questi voti sono gli stessi che possono e devono fare le nostre levatrici, ora che per mezzo della stampa, dei sodalizi, dei congressi e della federazione possono sperare in una unità d'azione; ma gli stessi voti cercherò di formulare meglio nel prossimo capitolo.

* * *

Delle note critiche preziosissime al nuovo regolamento furono fatte dal dott. Carlo Luciani, ufficiale sanitario in Compagnatico e accolte dal *Giornale per le levatrici* (1) per togliere la titubanza delle donne che si danno all'ostetricia minore e dei medici stessi nella interpretazione di alcuni articoli.

Riguardo all'art. 5.° spiega che il regolamento proibendo l'uso degli istrumenti chirurgici e le operazioni manuali sul feto ha inteso di proibire che la levatrice invada il campo dell'ostetrico o del medico ossia che *nessuna operazione chirurgica nel senso stretto della parola è permessa alle ostetriche con istrumenti,* che delle manualità sono proibite quelle che dovonsi fare in condizioni gravi e *veramente ed assolutamente anormali* (art. 34, 42 regolamento 1876, art. 117 regolamento 1874

(1) Dott. Luciani Carlo. « Le levatrici italiane di fronte all'art. 5.° del Regolamento e agli articoli 2, 3, 4 delle Istruzioni per l'esercizio ostetrico nel Regno. » *Giornale per le levatrici*, anno IV, 1890, Milano, p. 132 e seguenti.

per l'esecuzione della legge 20 Marzo 1865 sulla sanità pubblica). Per l'art. 1 e 6 delle istruzioni l'A. fa la rassegna delle operazioni di spettanza delle levatrici che consiglia però di fare sempre con prudenza e scienza e che noi abbiamo più sopra citate.

Riguardo agli art. 2, 3, 4 delle istruzioni, l'autore si ferma sulla lamentanza delle levatrici che sia loro proibito il sublimato corrosivo e l'acido fenico, mentre nella scuola sono state loro insegnati come rimedi più sicuri dell'acido borico contro la febbre puerperale. L'A. difende il regolamento dicendo che opportunamente fu scelto l'acido borico perchè di uso innocuo e facile, perchè inodoro, perchè in mano delle vecchie e impenitenti ostetriche non avrebbe mai recato i danni che possono recare gli altri disinfettanti: aggiunge però che *una levatrice può continuare col permesso del medico ad usare come disinfettanti l'acido fenico e il sublimato.* È necessario dunque il consiglio, la salvaguardia del medico e la levatrice lo ricordi, perchè l'art. 117 del regolamento per la esecuzione della legge 20 Marzo 1865 sopracitato vieta alle levatrici di prescrivere sostanze medicinali di azione energica.

Dal complesso delle cose raccolte appare evidente che anche il nuovo regolamento presenta delle pecche e che mira più ad accentuare la responsabilità della levatrice, che a prestarle i mezzi di difesa per non cadere in contravvenzione. Il regolamento nuovo e le istruzioni che lo accompagnano non hanno d'altra parte distrutto il vecchio regolamento per le scuole di ostetricia per cui le condizioni morali e materiali della levatrice sono le medesime di fronte a delle pretese, sebbene giuste, ma maggiori. È dunque il momento d'invocare che sia modificato l'intero organamento delle levatrici in Italia. Inoltre rimando il lettore ad « *Alcune osservazioni sul regolamento speciale per l'assistenza al parto* » fatte da una levatrice al congresso di Roma e solo ora in via di pubblicazione sul *Giornale delle levatrici* (1). L'A. signora Grossi Elena riguardo al regolamento dice: « troppo severo verso le levatrici senza che però sia in pratica riuscito molto utile alle partorienti. »

Il dott. Bompiani (2), relatore della commissione nominata dalla

---

(1) *Giornale per le levatrici*, Milano, 1895, anno IX, N. 4, p. 26.

(2) Dott. Arturo Bompiani. « La profilassi nella pratica privata della ostetricia. Proposta di un regolamento per le levatrici. » Estratto dal *Bullettino della R. Accademia Medica di Roma*, anno XIII, 1886-87, fasc. 8.

R. Accademia Medica di Roma, fa notare riguardo all'art. 2 lett. *c.* del regolamento da noi riportato che « tutti i componenti la commissione hanno convenuto di dover raccomandare l'uso dell' acido borico invece di disinfettanti più energici (acido fenico e sublimato corrosivo) per ovviare qualunque pericolo e per ovviare a disposizioni tassative del codice sanitario, che delega ai soli farmacisti la custodia delle sostanze venefiche.

***

A questo punto mi permetto di aggiungere che la levatrice rispetto alla società (in grazia del diploma che eleva ad un grado superiore la dignità di libera professionista), è tenuta a dei doveri, a degli obblighi, a delle responsabilità non minori a quelle del farmacista e del medico.

Se la scienza ha dimostrato che l'acido fenico e il sublimato corrosivo prevengono e curano meglio la febbre puerperale dell'acido borico ed è nel diritto dei medici e dei farmacisti di ordinare o custodire questi veleni, la società riconosce che tale diritto è pure della levatrice, la cui responsabilità di faccia alla febbre puerperale è superiore (potrei dire unica) a quella del medico e del farmacista. Tocca al governo provvedere.

CAPITOLO VI.

Conclusioni e proposte di riforma organica della classe della levatrice.

La disanima dei fatti che hanno accompagnato e seguito l'evoluzione storica, sociale e scientifica delle levatrici, conduce finalmente a stabilire un sistema d' eclettismo nella scelta dei mezzi che mirano al loro perfezionamento morale e materiale.

Facendo mio tutto ciò che è stato fatto e detto in pro e contro delle levatrici, facendo mie tutte le proposte di modificazione o di miglioramento delle disposizioni regolamentari sancite per decreto reale, sintetizzando tutti i concetti che furono la pura estrinsecazione dello studio analitico di tutte le cause e gli effetti di determinate leggi sociali, cercando insomma di stringere in un sol crogiuolo quanto di più

importante ho raccolto con studio coscienzioso sopra documenti di fatto, e quanto di originale la mia mente ha escogitato, sembrami di essere autorizzato a fare delle conclusioni che possono essere accettate come altrettante proposte di riforma organica della classe delle levatrici.

Ma come più volte ho avvertito, nel lungo cammino per cui il benigno lettore mi ha seguito, la questione delle levatrici è complessa e deve essere studiata sotto quattro punti di vista differenti e cioè: dal *lato storico,* dal *lato scientifico,* dal *lato sociale* e dal *lato economico.*

La levatrice dal punto di vista della storia. La civiltà dei primi popoli non è giunta a darci che delle donne che assistevano il parto senza sapere che il medesimo rappresentava una funzione fisiologica del corpo femminile; delle donne che si affidavano completamente alla natura e che quando questa non aiutava, credevano che altro non rimanesse a fare che invocare l'aiuto delle dee protettrici del parto; delle donne che si servivano dei medici come di macellai per triturare le carni fetali o come ultimo carnefice involontario della partoriente.

La civiltà del medio evo doveva condurre all'epoca del risorgimento del pensiero, dell' anima, dell'arte e della scienza, e coi possenti frutti di opere colossali di mente e di sacrifici della vita, si doveva scuotere finalmente il regno della levatrice empirica e sostituirsi ad essa la levatrice studiosa delle discipline vere d' ostetricia. La civiltà moderna doveva trasformare il tipo errabondo di levatrice, in una classe di donne appartenenti a tutti i popoli, votate ad una professione liberale come quella del medico. Dal lato storico dunque la levatrice ha migliorato ed ha acquistato il diritto di esistere e non si può e non si deve parlare della loro abolizione.

La levatrice dal punto di vista scientifico. Ma se la levatrice è stata dal progresso moderno delle scienze mediche, elevata al grado di donna saggia, come dicono i francesi, è naturale che essa abbia acquistato il dovere di seguire questo progresso, e che le leggi ed i regolamenti che furono sanciti per guidare la loro classe verso un determinato punto di sapienza, segnino l' immane progresso e che siano migliorati ed ampliati.

È qui dove il governo non ha pensato di portare il suo aiuto provvidenziale.

Il regolamento del 1871, con misure transitorie pericolosissime per il decoro ed il prestigio morale e materiale delle levatrici moderne, ha

più servito a difendere e ad innalzare le levatrici vecchie ed abusive. Ora che tutte le levatrici patentate regolarmente protestano e ad esse si uniscono per voce di giustizia, ostetrici e ginecologhi, dai più modesti ai più illustri, è necessario sia decretata una legge che distrugga le levatrici abusive.

Non basta che non vi siano più esami per regolarizzare la loro posizione; bisogna per mezzo di *esami eccezionali periodici, severissimi, triennali o quinquennali,* controllare continuamente in esse *l'effetto remoto* dei famosi quindici giorni di istruzione sopra quaranta, cinquanta e sessanta anni di ignoranza.

Molto più rigore è necessario nell'ammissione alla scuola delle aspiranti levatrici e invece di superare l'esame di quarta elementare, secondo il nuovo regolamento, che equivale all'antico esame di terza elementare, deve esigersi la *licenza elementare* obbligando la commissione esaminatrice, presieduta da un ispettore scolastico ad aggregarsi un ostetrico, appositamente designato dal governo, o almeno il medico provinciale.

Invece di ammettere delle aspiranti allieve senza esame, purchè munite di diploma di maestra di grado inferiore, sarebbe meglio esigere il diploma di grado superiore.

Considerando poi l'immane progresso che ha fatto l'ostetricia e quello che può fare continuamente, non è più possibile limitare l'istruzione delle levatrici acquistata dopo due anni di scuola teorico-pratica senza base scientifica sufficiente; per trattenere, maturare e sviluppare nella loro mente gl'insegnamenti loro impartiti sarebbe utile aggiungere un anno preparatorio al corso di ostetricia, durante il quale le aspiranti levatrici acquistassero gli elementi di fisica, di chimica, di anatomia e di fisiologia necessarii per apprendere le non facili discipline dell'ostetricia minore. Dopo quest'anno preparatorio le aspiranti levatrici sosterrebbero un esame che darebbe sufficiente garanzia della idoneità o non per lo studio che dopo intraprenderebbero. Così si eviterebbe di aumentare le tasse d'iscrizione già stabilite dal vecchio regolamento e nello stesso tempo crescendo un anno di studio aumenterebbero le tasse complessive pagate dalle aspiranti levatrici.

Nè sarebbe poco opportuno di istituire un corso di perfezionamento per un anno, per quelle levatrici che mirassero ai concorsi di levatrice maestra nelle Cliniche o nelle Maternità. In tutto sarebbero quattro anni

di studio obbligatorio come per i veterinari, cui le levatrici non devono essere inferiori per grado di professione.

Qualora le levatrici fossero per la loro coltura profonda e svariata illuminate maggiormente della grave responsabilità che grava sulla loro coscienza, non sarebbe più necessario restringere, come si fa ora per prudenza, il diritto di esercitare con piena padronanza di mezzi come fa il medico, la disinfezione e la profilassi che servono a combattere la febbre puerperale.

La maggior cultura delle levatrici solleverebbe il prestigio morale presso le famiglie ed i medici stessi e sarebbero considerate pari alla autorità dei sanitari in genere, dei farmacisti, dei maestri, ecc.

Per tutte le levatrici già regolarmente patentate, ma che per coltura sarebbero inferiori a quelle sottoposte al nuovo regolamento, bisognerebbe che si assoggettassero ad un esame, dopo superato il quale sarebbero equiparate alle altre e non superandolo sarebbero tenute a ripeterlo l'anno successivo, rimanendo naturalmente sospese dalla professione. Per mantenere sempre equilibrata l'istruzione nelle levatrici, il governo dovrebbe obbligare le levatrici ad assistere per turno ogni due o tre anni un determinato corso di lezioni impartito nelle varie Cliniche o Scuole di ostetricia o Maternità del regno, stabilendo un fondo di sussidio straordinario od obbligando i comuni a contribuire nelle spese per il mantenimento agli studi delle loro levatrici. Per favorire l'istruzione dovrebbe pure il governo obbligare le levatrici ad usufruire delle conferenze istruttive impartite dalle varie società di levatrici, che hanno per scopo oltre il mutuo soccorso anche l' istruzione. E questa finalmente sarebbe completata dalla lettura dei giornali di ostetricia minore che si stampano nel regno, e dal concorso delle levatrici ai congressi scientifici.

La levatrice dal punto di vista sociale. — Non basta istruire la levatrice, che deve lottare coi pregiudizii seminati nel volgo, ma bisogna istruire le famiglie del popolo. A questo fine è necessario dare maggiore sviluppo alle conferenze popolari e quando si sia raggiunto, volgarizzare la scienza in modo che anche le classi meno colte comprendano la grave responsabilità della levatrice, ed i sacrifici cui essa deve sobbarcare per mantenere inviolata la propria dignità, scomparirà dalla mente del popolo il vago fantasma del pregiudizio e della ignoranza.

La levatrice dal punto di vista economico. — Finalmente la levatrice

che fa un corso regolare e dispendioso di studi come il medico, il veterinario e il farmacista, avrà diritto che la propria fatica sia rimunerata con uno stipendio proporzionale al grado della propria professione. Il governo oltre obbligare tutti i comuni a bandire il concorso di ostetricia, dovrebbe impedire che si stabilissero degli emolumenti irrisori come sono quelli di L. 150, 200, 300, 400, 500 e 600. Nessun comune dovrebbe stabilire un minimo di stipendio delle levatrici inferiore a L. 700. Nè la levatrice ha meno diritto del medico alla inamovibilità dopo un triennio di prova ed alla cassa pensione.

Al Congresso delle levatrici di Roma fra i molti ordini del giorno votati alla unanimità, ricordiamo che vi furono i seguenti (1):

« Il Congresso nazionale tutelatore dei diritti e dei doveri della propria classe, per quei sentimenti di simpatia e di deferenza verso chi si dà allo studio della difficile arte della levatrice..... fa voto presso le varie società delle levatrici, affinchè nel limite delle proprie forze e nei termini che meglio credono, si facciano istitutrici di premi o borse di studio a fine di incoraggiamento e benefica emulazione (De Castro). »

« Il 2.° Congresso delle levatrici italiane domanda che la legge che esiste per i maestri comunali riguardo al pagamento degli stipendi, si estenda anche alle levatrici (Cesana). »

« Il 2.° Congresso delle levatrici italiane, su proposta della Società italiana delle levatrici, sezione milanese, fa voti perchè il regolamento che limita il numero delle allieve nelle scuole d'ostetricia sia rigorosamente osservato (Pisacane). »

Dunque la voce generale dei medici e delle levatrici è di invocare una pronta riforma.

Riformare significa rialzare il credito della classe delle seguaci di Lucina come è giusto, come si merita, come si deve. E con questo voto io finisco, riponendo completa fiducia nella perspicacia delle illustre persone chiamate a dire l'ultima parola sull'argomento dalla prima Società di ostetricia e ginecologia d'Italia e sperando nella giustizia del nostro illuminato governo.

---

(1) *Giornale delle levatrici*, Milano, anno IX, N. 7, 1895, pag. 49, 50, 51 — Id. N. 6, pag. 41, 42, 23.

INDICE

MEMORIE ORIGINALI.

Bidone. — Contributo clinico e anatomo-patologico alla conoscenza dei rabdomiomi primitivi della vagina . . . . . *Pag.* 145
Bossi. — Sulla rapidità di riproduzione della mucosa dell'utero . . . » 73
—— Su alcune norme profilattiche per l'esercizio pratico della ostetricia » 209
—— Ancora sulla dilatazione meccanica del collo dell'utero in ostetricia . » 668
Calderini. — L'ultimo mio rendiconto del R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Parma (biennio 1892-93 1893-94) . . . . . » 709
Clivio. — Reumatismo articolare acuto e gravidanza . . . . . » 489
Curatulo. — Gravidanza gemellare monocorion . . . . . » 287
De Argenta. — Caso notevole di parto e secondamento eutocico . . . . » 881
Fabris. — Di un feto mostruoso. . . . . » 329
Giglio. — Sulla patogenesi delle placente anomale . . . . . » 1
La Torre. — Parere medico-legale sulla condotta di un medico e di una levatrice . . . . . » 514
Mangiagalli. — L'età critica . . . . . » 45
—— La mia opera laparotomica. . . . . » 171
Marini. — Il massaggio nella cura dell'amenorrea . . . . . » 87
Muggia. — Contributo all'eziologia della presentazione della faccia . . 569, 641
Patellani. — Mortalità intra ed extra-genitale dei bambini . . . . . » 93
Pazzi. — Storia scientifico-sociale della levatrice . 339, 441, 533, 603, 688, 847, 905
Pestalozza. — Contributo alla cura operativa della gravid. extrauterina . » 401
—— Sul significato patologico degli elementi coriali e sul così detto « sarcoma deciduo cellulare » . . . . . » 737
Resinelli. — Del sarcoma deciduo cellulare . . . . . » 813
Rieppi. — Quattro operazioni complementari di taglio cesareo . . . . » 873
Roncaglia. — Delle cisti dell'uretra e dei canali uretrali della donna . » 231
—— Di una gravidanza extrauterina operata felicemente con laparotomia primaria . . . . . » 273
Villa. — Cancro e fibroma dell'utero . . . . . » 297

TRADUZIONI.

Leopold. — I risultati prossimi e remoti dell'isterectomia vaginale per carcinoma e sul modo di prevenire la recidiva . . . . . *Pag.* 359, 452

SOCIETÀ ED ACCADEMIE.

Fabbri. — Note sui prolassi uterini e vaginali . . . . . *Pag.* 304
Villa. — Contributo allo studio delle raccolte tubariche nello stato puerp. » 316

RASSEGNA.

Anufrijew. — Contributo allo studio dei vizi di prima formazione . . *Pag.* 394
—— Contributo alla casuistica dei tumori degli organi genitali esterni » 558
Apfelsted. — Contributo al trattamento operativo dei miomi . . . . » 65
Ayres. — Sui rapporti fra le malattie uterine e le alterazioni funzionali ed anatomiche degli occhi . . . . . » 562
Ballantyne e Malligan. — Caso di scarlattina con infezione del feto . » 264
Bellati. — Sugli endoteliomi dell'ovaio . . . . . » 482
Bidone. — Erisipela materna. Endocardite streptococcica fetale . . . » 138
Boldtd. — Estirpazione vaginale dell'utero e degli annessi . . . . » 267
Bossi. — Sulla castrazione nell'osteomalacia . . . . . » 386
Brandt. — Contributo all'anatomia patologica dei tumori maligni primitivi » 393
—— Contributo alla eziologia delle cisti delle piccole labbra . . . . » 485
Chaput. — Trattamento della retrofless. con un nuovo processo operatorio » 194
Cholmogoroff. — Sul trattamento delle rotture complete dell'utero . . » 254
Chomitzki. — Cisti della parete vaginale anteriore . . . . . » 729
Con quale frequenza la menopausa è indotta dalla rimozione di un solo ovaio? » 561
Cordier. — Sarcoma dell'ovaio . . . . . » 393
Davis. — Quando si deve praticare la laparotomia nel trattamento dell'infezione puerperale . . . . . » 268
Dickinson. — Intorno all'esercizio della bicicletta dal punto di vista ginec. » 266
Duncan Emmet. — L'operaz. di Emmet per le laceraz. del collo dell'utero » 559
Dupley. — La mia esperienza sull'immediata sutura delle lacerazioni dell'utero durante il parto . . . . . » 269
—— Sulla tecnica del taglio cesareo conservatore . . . . . » 268
Edson. — Se l'isterismo è una malattia propria solo della donna . . . » 270
Elischer. — Quattro laparotomie nella medesima persona . . . . . » 133
Engstroem. — Un caso di sinfisiotomia . . . . . » 198
Fawiuss. — Sette casi di carcinoma uterino trattati colle iniezioni di acido salicilico . . . . . » 624
Fawr. — Un perforatore a trapano . . . . . » 730
Feinberg. — Inversio vesicæ urinariæ per fissuram abdominis . . . » 624
Fenomenow. — Contributo alla casuistica delle lesioni sub coitu . . . » 625
Fenton. — Sulla isterectomia vaginale . . . . . » 265
Ferrari. -- Sull'uso della glicerina allo scopo di provocare il parto . . » 190
Filonowitsch. — Due casi di stenosi della vagina . . . . . » 486
Foester. — Sarcoma dell'ovaio . . . . . » 268
Forchheimair. — Sui rapporti fra gli organi della digestione e l'utero . » 625
Fraenkel E. — Sulle cisti dei corpi lutei . . . . . » 63
—— L. — Sul carcinoma dell'utero derivante dall'epitelio dei villi coriali » 64
Frank. — Del valore di alcuni segni in rapporto alla diagnosi di maturità dei neonati . . . . . » 65
Fritsch. — Un caso di scomparsa completa della cavità uterina . . . » 252
Graefe. — Esportazione totale vaginale dell'utero per prolasso totale . » 869
Greenewalt. — Sull'utero infantile . . . . . » 487

GRUNBERG. — Sull'uso della pilocarpina contro l'eclampsia in gravidanza *Pag.* 731
GRUSDEW. — Contributo allo studio dell'idramnios acuto . . . . . » 623
GUÉNIOT. — Operazioni cesaree multiple . . . . . » 58
GUENZBURG. — Casuistica; contributo alla diagnosi delle malattie ostetriche e ginecologiche . . . . . » 864
HARTMANN. — I restringimenti perirettali nella donna . . . . . » 199
HAUSER. — Sull'istogenesi del cancro . . . . . » 133
HEDDERICH. — Di un nuovo emostatico la *ferripirina* . . . . . » 61
HEIL. — Un caso di prolasso *congenito* incompleto dell'utero e della vagina » 66
HERFF. — Intorno il meccanismo dell'inversione dell'utero puerperale . » 251
HERMES. — Esiti della castrazione per miomi . . . . . » 64
HOUZEL. — Dell'influenza dei bagni di mare e dell'immersione prolungata sulla menstruazione . . . . . » 197
JESSETT. — Dodici casi di isterectomia vaginale con un decesso . . » 256
JOUIN. — Patologia uterina e malattia di Basedow . . . . . » 867
KLAUSINSKAJA. — Rendiconto del 6.° asilo per partorienti in Varsavia . » 559
KLAUTSCH. — Delle alterazioni anatomo-patologiche ed istologiche degli organi genitali femminili nel colera . . . . . » 390
KLEINWAECHTER. — Della castrazione come mezzo di cura dell'osteomalacia » 253
KOCKEL e LUNGWITZ. — Sulla tubercolosi placentare dei bovini . . . » 391
KOWALSKI. — Il colera nelle gravide . . . . . » 731
KUESTNER. — Cento laparomiotomie . . . . . » 625
KUPIDONOW. — L'elettroterapia nelle peri-parametriti . . . . . » 557
LANDERER. — Metastasi da cistocarcinoma dell'ovaio . . . . . » 255
LAPKOW. — Sull'uso della ferratina contro le metrorragie . . . . . » 729
LJWOW. — Strozzamento intestinale da parametrite puerperale . . . » 730
LAWRIE. — Isterectomia vaginale sopra paziente di 66 anni . . . . » 266
LIBERSOHN. — Contributo alla casuistica delle intossicazioni da acido fenico » 865
LOEHLEIN. — Utero didelfo, ematometra et ematosalpinge sinistro laterali » 136
LOEWENTHAL. — Sull'origine traumatica dei tumori . . . . . » 134
MANN. — Perforazione dell'utero dopo l'aborto con prolasso dell'intestino » 561
MARTIN CR. — Sulla teoria nervosa della mestruazione . . . . . » 267
MASING. — Contributo alla casuistica della osteomalacia diffusa . . . » 558
MAX SIMON. — Due malformazioni . . . . . » 135
MERTTENS. — Un caso di utero bicolle unicorpo con atresia di un collo . » 136
—— Contributo all'anatomia normale e patologica della placenta . . . » 253
MIRONOW. — Intorno alla tecnica del raschiamento uterino . . . . » 729
MORLE et Mlle HÉNAULT. — Statistica del servizio ostetrico della *Charité* » 866
MURATOW. — Contributo alla terapia dei miomi uterini sottomucosi e interstiziali durante il puerperio . . . . . » 485
NEUMANN. — Analisi quantitativa del calcio, del magnesio e dell'acido fosforico nell'orina e nelle feci delle osteomalaciche . . . . . » 56
PARGAMIN. — Caso molto raro di gravidanza multipla . . . . . » 486
PAZZI. — La sinfisiotomia a Bologna . . . . . » 198
PENROSE. — Sulla ventrofissazione dell'utero . . . . . » 487
PICK. — Contributo all'istogenesi e alla classificazione dei sarcomi dell'utero » 63
—— Contributo alla sintomatologia ed alla prognosi del sarcoma ovarico » 137

PINARD. — Trattamento curativo dell'infezione puerperale . . . . . *Pag.* 868
POPOFF. — Contributo allo studio dell'infarto emorragico dell'utero . . » 58
POTEJENKO. — Sette laparotomie . . . . . » 623
PREUSCHEN. — Contributo alla diagnosi e al trattamento chirurgico dei voluminosi tumori ovarici . . . . . » 62
RASUMOWSKI. — Relaz. dei comparti ostetrici del civico ospedale di Odessa » 486
REIFSNYDER. — Alcune osservazioni sulla chirurgia addominale in China » 560
REINICKE. — Ricerche batteriologiche sulla disinfezione delle mani . . » 139
RESNIKOW. — Influenza dei vizi di cuore sulle mestruazioni . . . . » 732
RIBBERT. — Sull'origine dei tumori . . . . . » 195
RICHARDSON. — Isterismo . . . . . » 562
RICHELOT. — Su d'un processo definitivo di isterectomia addominale totale » 865
ROSINSKI. — Alcune osservaz. critiche alla monografia di Fournier « L'eredità della sifilide » . . . . . » 254
ROSSA. — Due casi di ginatresie. . . . . » 189
ROVSING. — Sulla diagnosi e sul trattamento dei tumori renali maligni . » 134
SAENGER. — Concepimento attraverso un ostio tubario accessorio, ecc. . » 188
SCHELLENBERG. — Sull'intossicazione per glicerina . . . . . » 135
SCHMIDT. — Dell'uso delle fibre tendinee nella chirurgia . . . . . » 730
SCHMORL e KOCKEL. — Della tubercolosi della placenta umana . . . . » 389
SCHOENWERTH. — Di un raro caso di cisti retroperitoneale . . . . . » 201
Sieroterapia antistreptococcica e sieroterapia cancerosa . . . . . » 628
SIMON. — Due vizii di prima formazione . . . . . » 66
SLOLOWIEW. — Tumore della tuba di Fallopio. . . . . » 394
SPINELLI. — Nuovo processo di gastro-isteropessia mediata . . . . . » 192
—— Sui risultati immediati e remoti della cura chirurgica della cloaca uro-genitale con distruzione completa o quasi dell'uretra . . . . » 193
STCHÉGOLEFF. — Ricerche sperimentali sull'influenza della laparotomia nella peritonite tubercolare . . . . . » 391
TAYLOR. — Isterectomia mediante l'uso del clamp . . . . . » 258
—— Sull'ematocele intra-peritoneale formante un tumore definito . . » 260
TEPLOW. — Esportazione degli annessi uterini e delle loro neoformazioni » 731
TROTTA. — A proposito della teoria del Petrone sulla osteomalacia . . » 200
TSCHERNOMORDIK. — Contributo alla casuistica delle perforazioni dell'utero » 557
VEDELER. — Dei mioprotozoi . . . . . » 484
VILLA F. — Sulla cura operatoria del cistocele vaginale . . . . . » 864
VIQUERAT. — La sieroterapia contro le infezioni da staphylococco . . . » 61
WALTHARD. — Intorno all'azione antibacterica della mucina . . . . » 392
WALTHER-SCHILD. — Sulla presenza dei bacteri nel contenuto intestinale dei neonati prima della prima alimentazione . . . . . » 869
WINTER. — Quale è la causa della febbre puerperale? . . . . . » 488

RETTIFICHE.

E. F. FABBRI. — Sull'uso dei pessari, ecc. . . . . *Pag.* 67
PESTALOZZA e ACCONCI. — Rettifica al lavoro del prof. Bossi « Ancora della dilatazione del collo dell'utero in ostetricia » 870-871

BIBLIOGRAFIA.

Apostoli. — Travaux d'électrothérapie gynécologique . . . . . *Pag.* 143
Bibliografia scientifica . . . . . » 326
Gino Gelli. — Ostetricia e ginecologia . . . . . » 270
Ostetricia e Ginecologia: Franke. Bacino ristretto e parto spontaneo. — G. Leopold. Curve tipiche puerperali. — Mahler. Trombosi, embolismo polmonare e morte improvvisa. — Jud. Sulla dottrina delle manifestazioni vitali dei feti nati immaturi. — C. Leopold. La disgnosi della sede della placenta nella gravidanza e durante il parto. — G. Leopold. Sulle lesioni dei vasi ombellicali nel parto spontaneo 563-567
Ostetricia e Ginecologia: Berner. Il trattamento operativo dei miomi dell'utero. — G. Leopold. Della totale estirpazione vaginale dell'utero e degli annessi. — Woff. Sulla estirpazione totale dell'utero. — G. Leopold. La restaurazione del perineo e dell'ano. — Fearne. Del carcinoma primitivo della tuba. — Lange. Dell'enucleazione di miomi dall'utero gravido. — Buschteck. Sulla guarigione di fistole uretero-addominali e vescico-vaginali colla sectio alta. — G. Leopold. Breve rivista di 1000 casi di laparotomia 732-736
La Torre. — Elementi di ostetricia ad uso dei medici e degli studenti » 640
Richelot. — L'isterectomia vaginale contro il cancro dell'utero . . . » 321
Strassmahn. — Guida all'asepsi ostetrica . . . . . » 68
Tibone. — Sulla placenta previa . . . . . » 141
Webster. — Gravidanza ectopica. . . . . » 395
Ziegenspeck. — Guida alla cura delle malattie delle donne col massaggio » 69

NOTIZIE.

Avviso di concorsi . . . . . *Pag.* 328
Congresso di ginecologia, ostetricia e pediatria di Bordeaux . . . . » 327
Congresso internazionale di Ostetricia e Ginecologia. . . . . » 400
Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia 208, 399
Riapertura della Scuola Ostetrica di Vercelli . . . . . » 872

NECROLOGIO.

Alessandro Cuzzi . . . . . *Pag.* 70
Enrico Jacolucci. . . . . » 144

Errata-corrige . . . . . *Pag.* 568

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.